

# DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

## 1.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Nº Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el menor PROGENITOR <input type="checkbox"/> ADOPTANTE <input type="checkbox"/> GUARDADOR CON <input type="checkbox"/> ACOGEDOR PERMANENTE <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> FINES DE ADOPCIÓN		

## 2.- DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y nombre	Nº colegiado	
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad
<input type="checkbox"/> Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/> Entidad sanitaria privada(1) .....		

## 3.- DATOS DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte(2)	Localidad
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
FECHA INGRESO HOSPITALARIO		HOSPITAL
Desde: ..... Hasta: .....		

## EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO DIRECTO CONTINUO Y PERMANENTE

<b>A</b>			
<b>1. Terapias intravenosas y subcutáneas</b>			
Antibioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
<b>2. Terapias nutricionales / digestivas</b>			
Nutrición enteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición parenteral nocturna <input type="checkbox"/>
Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>
Colostomía <input type="checkbox"/>			
<b>3. Terapias respiratorias</b>			
Traqueostomía <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica invasiva <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva diurna <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna <input type="checkbox"/>
Aspiración de secreciones <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>	Asistente de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>			

(1): Indicar nombre de la entidad sanitaria.

(2): Para mayores de 14 años.

<b>4. Cuidados quirúrgicos</b>			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
<b>5. Terapias urológicas / nefrológicas</b>			
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
<b>6. Monitorización</b>			
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>			
<b>B</b>			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos especializados por las siguientes razones:			
a) Inmunosupresión importante			<input type="checkbox"/>
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad			<input type="checkbox"/>
c) Epilepsia de difícil control			<input type="checkbox"/>
d) Otros: (especificar detalladamente)			<input type="checkbox"/>
<b>C</b>			
¿Dadas sus condiciones, el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un centro asignado?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>D</b>			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal ?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En el caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?			
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

#### 4.- CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD<sup>(3)</sup>

Apellidos y nombre		Nº colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro Sanitario	Localidad

#### 5.- PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR/ADOPTANTE/GUARDADOR/ACOGEDOR/TUTOR

Desde:	Hasta:
FIRMADO:	
EN	A DE DE 20
FIRMA Y SELLO	

(3): Cumplimentar únicamente si el médico responsable de la asistencia sanitaria del menor pertenece a una entidad sanitaria privada.