

DECLARACIÓN MÉDICA PARA O COIDADADO DE MENORES AFECTADOS POR CANCRO OU OUTRA ENFERMIDADE GRAVE

1.- DATOS DO SOLICITANTE DA PRESTACIÓN

| | | |
|--|-------------------|----------|
| Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome |
| Nº Seguridade Social | DNI-NIE-Pasaporte | Teléfono |
| Relación co menor PROXENITOR <input type="checkbox"/> ADOPTANTE <input type="checkbox"/> ACOLLEDOR PERMANENTE <input type="checkbox"/> TITOR <input type="checkbox"/> GARDADOR CON FINS DE ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> | | |

2.- DATOS DO MÉDICO RESPONSABLE DA ASISTENCIA SANITARIA DO PACIENTE MENOR

| | | |
|--|---------------------------|------------|
| Apelidos e nome | Nº colexiado | |
| Especialidade/Cargo | Hospital/Centro Sanitario | Localidade |
| <input type="checkbox"/> Servizo Público de Saúde ou entidade sanitaria concertada co Servizo Público de Saúde <input type="checkbox"/> Entidade sanitaria privada(1) | | |

3.- DATOS DO PACIENTE MENOR

| | | |
|------------------------------|----------------------|------------|
| Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome |
| Data de nacemento | DNI-NIE-Pasaporte(2) | Localidade |
| DIAGNOSE | | |
| DATA DO INGRESO HOSPITALARIO | HOSPITAL | |
| Dende: Ata: | | |

AVALIACIÓN DE NECESIDADES DE COIDADADO DIRECTO CONTINUO E PERMANENTE

| | | | |
|---|--|--|--|
| A | | | |
| 1. Terapias intravenosas e subcutáneas | | | |
| Antibióterapia <input type="checkbox"/> | Quimioterapia <input type="checkbox"/> | Fluidoterapia <input type="checkbox"/> | Transfusións <input type="checkbox"/> |
| Analxesia <input type="checkbox"/> | Outros <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Terapias nutricionais / dixestivas | | | |
| 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"/> | Xexunostomía <input type="checkbox"/> | Ileostomía <input type="checkbox"/> |
| Colostomía <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. Terapias respiratorias | | | |
| 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 secrecións <input type="checkbox"/> | Oxíxenoaterapia <input type="checkbox"/> | Asistente da tose <input type="checkbox"/> | Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/> |
| Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/> | | | |

(1): Indicar nome da entidade sanitaria.

(2): Para maiores de 14 anos.

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| 4. Cuidados cirúrxicos | | | |
| Cura cirúrxica <input type="checkbox"/> | Cura complexa <input type="checkbox"/> | Cuidados ostomías <input type="checkbox"/> | |
| 5. Terapias urolóxicas / nefrolóxicas | | | |
| Sondaxe vesical intermitente <input type="checkbox"/> | Cistostomía permanente <input type="checkbox"/> | Ureterostomía <input type="checkbox"/> | Hemodiálise <input type="checkbox"/> |
| Diálise peritoneal <input type="checkbox"/> | | | |
| 6. Monitorización | | | |
| Neumocardiograma <input type="checkbox"/> | | | |

B

A pesar de non presentar os requirimentos previos, considérase que o menor require de cuidados específicos especializados polas seguintes razóns:

- a) Inmunosupresión importante
- b) Cuidados paliativos en calquera paciente en fase terminal da súa enfermidade
- c) Epilepsia de difícil control
- d) Outros: (especificar detalladamente)

| |
|--|
| |
|--|

C

¿Dadas as súas condicións, o paciente pode acudir a un centro educativo ou a un centro terapéutico especializado nos seus cuidados durante o día? SÍ NON

¿Ten un centro asinado? SÍ NON

D

¿No momento actual áchase en situación basal? SÍ NON

En el caso de contestar "NON", ¿a súa situación actual implica un aumento dos cuidados ou de necesidade de vixilancia e/ou monitorizaxe? SÍ NON

4.- CERTIFICADO MÉDICO DO SERVIZO PÚBLICO DE SAÚDE⁽³⁾

| | | |
|---------------------|---------------------------|--------------|
| Apelidos e nome | | Nº colexiado |
| Especialidade/Cargo | Hospital/Centro Sanitario | Localidade |

5.- PERIODO ESTIMADO DA DURACIÓN DA NECESIDADE DE COIDADO DIRECTO, CONTINUO E PERMANENTE POR PARTE DO PROXENITOR/ADOPTANTE/GARDADOR/ACOLLEDOR/TITOR

| | |
|------------------|------------|
| Dende: | Ata: |
| ASINADO: | |
| EN | A DE DE 20 |
| SINATURA CARIMBO | |

(3): Cubrir unicamente se o médico responsable da asistencia sanitaria do menor pertence a unha entidade sanitaria privada.