Esborrar

DECLARACIÓ MÈDICA PER CUIDAR MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

1.- DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Número de la Seguretat Social	DNI-NIE-Passaport	Telèfon
Relació amb el menor	PROGENITOR ☐ ADOPTANT ☐ GUARDADOR AMB FINALITAT D'ADOPCIÓ ☐ ACOLLIDOR PERMANENT ☐ TUTOR ☐	

2.- DADES DEL METGE RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DEL PACIENT MENOR

Cognoms i nom		Núm. col·legiat
Especialitat/Càrrec	Hospital/Centre sanitari	Localitat

☐ Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut

☐ Entitat sanitària privada(1) .....

3.- DADES DEL PACIENT MENOR

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport(2)	Localitat
DIAGNÒSTIC		
DATA D'INGRÉS HOSPITALARI Des de/d': ..... Fins a:	HOSPITAL	

AVALUACIÓ DE LES NECESSITATS PER CUIDAR DE FORMA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT

A			
1. Teràpies intravenoses i subcutànies			
Antibioteràpia ☐	Quimioteràpia ☐	Fluidoteràpia ☐	Transfusions ☐
Analgèsia ☐	Altres ☐		
2. Teràpies nutricionals / digestives			
Nutrició enteral diürna ☐	Nutrició enteral nocturna ☐	Nutrició parenteral diürna ☐	Nutrició parenteral nocturna ☐
Sonda nasogàstrica ☐	Gastrostomia ☐	Jejunostomia ☐	Ileostomia ☐
Colostomia ☐			
3. Teràpies respiratòries			
Traqueostomia ☐	Ventilació mecànica invasiva ☐	Ventilació mecànica no invasiva diürna ☐	Ventilació mecànica no invasiva exclusiva nocturna ☐
Aspiració de secrecions ☐	Oxígenoteràpia ☐	Assistent de la tos ☐	Marcapassos diafragmàtic ☐
Mobilització mucociliar armilles ☐			

20190620
C-069 cat

(1): Indiqueu el nom de l'entitat sanitària.
(2): Per a majors de 14 anys.

4. Cures quirúrgiques			
Cura quirúrgica ☐	Cura complexa ☐	Cures ostomies ☐	
5. Teràpies urològiques / nefrològiques			
Sondatge vesical intermitent ☐	Cistostomia permanent ☐	Ureterostomia ☐	Hemodiàlisi ☐
Diàlisi peritoneal ☐			
6. Monitorització			
Neumocardiograma ☐			

B

Tot i no presentar els requeriments previs, es considera que el menor requereix de cures específiques especialitzades per les raons següents:

a) Immunosupressió important ☐

b) Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seva malaltia ☐

c) Epilèpsia de difícil control ☐

d) Altres (especifiqueu detalladament): ☐

C

Per les seves condicions, el pacient pot acudir a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les seves cures durant el dia? SÍ ☐ NO ☐

Té un centre assignat? SÍ ☐ NO ☐

D

En el moment actual, es troba en situació basal? SÍ ☐ NO ☐

En el cas de contestar "NO", la seva situació actual implica un augment de les seves cures o de necessitat de vigilància i/o monitorització? SÍ ☐ NO ☐

20190620

4.- CERTIFICAT MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT(3)

Cognoms i nom		Núm. col·legiat
Especialitat/Càrrec	Hospital/Centre sanitari	Localitat

C-069 cat

5.- PERÍODE ESTIMAT DE DURADA DE LA NECESSITAT DE CUIDAR DE FORMA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT PER PART DEL PROGENITOR/ADOPTANT/GUARDADOR/ACOLLIDOR/TUTOR

Des del dia:	Fins al dia:
	SIGNAT: , DE/D' DE 20
	SIGNATURA I SEGELL

(3): Empleneu únicament si el metge responsable de l'assistència sanitària del menor pertany a una entitat sanitària privada.