

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/causant		
PROGENITOR ☐	ADOPTANT ☐	GUARDADOR AMB FINALITAT D'ADOPCIÓ ☐
ACOLLIDOR PERMANENT ☐	TUTOR ☐	CÒNJUGE/PARELLA DE FET ☐

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

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/CAUSANT

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

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

A			
1. Teràpies intravenoses i subcutànies			
Antibioteràpia ☐	Quimioteràpia ☐	Fluidoteràpia ☐	Transfusions ☐
Analgesia ☐	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 ☐			

(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/causant 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 ☐

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

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

5.- PERÍODE ESTIMAT DE DURADA DE LA NECESSITAT DE CUIDAR DE FORMA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT PER PART PROGENITOR/ADOPTANT/GUARDADOR/ACOLLIDOR/TUTOR/CÒNJUGE/PARELLA DE FET⁽⁴⁾

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.

(4): Tingueu en compte el progenitor/adoptant/guardador/acollidor/tutor/cònjuge/parella de fet que, en cas que se li reconegui la prestació econòmica per cura de menor afectat de càncer o una altra malaltia greu, li serà reconeguda per un període d'un mes, prorrogable inicialment per un període de dos mesos i successivament per períodes de quatre mesos, d'acord amb l'article 7, apartat 1, segon paràgraf del Reial Decret 1148/2011, de 29 de juliol, per a l'aplicació i desenvolupament, en el sistema de la Seguretat Social, de la prestació econòmica per a menors afectats de càncer o una altra malaltia greu.