Borrar

DECLARACIÓN MÉDICA PARA O COIDADO 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/causante

PROXENITOR ☐ ADOPTANTE ☐ GARDADOR CON FINS DE ADOPCIÓN ☐

ACOLLEDOR PERMANENTE ☐ TITOR ☐ CÓNXUXE/PARELLA DE FEITO ☐

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

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

☐ Servizo Público de Saúde ou entidade sanitaria concertada co Servizo Público de Saúde

☐ Entidade sanitaria privada(1) .....

3.- DATOS DO PACIENTE MENOR /CAUSANTE

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

20250827

AVALIACIÓN DE NECESIDADES DE COIDADO DIRECTO CONTINUO E PERMANENTE

A			
1. Terapias intravenosas e subcutáneas			
Antibioterapia ☐	Quimioterapia ☐	Fluidoterapia ☐	Transfusións ☐
Analxesia ☐	Outros ☐		
2. Terapias nutricionais / dixestivas			
Nutrición enteral diurna ☐	Nutrición enteral nocturna ☐	Nutrición parenteral diurna ☐	Nutrición parenteral nocturna ☐
Sonda nasogástrica ☐	Gastrostomía ☐	Xexunostomía ☐	Ileostomía ☐
Colostomía ☐			
3. Terapias respiratorias			
Traqueostomía ☐	Ventilación mecánica invasiva ☐	Ventilación mecánica no invasiva diurna ☐	Ventilación mecánica no invasiva exclusiva nocturna ☐
Aspiración de secrecións ☐	Oxíxenoterapia ☐	Asistente da tose ☐	Marcapasos diafragmático ☐
Movilización mucociliar chalecos ☐			

C-069 gal V.4

(1): Indicar nome da entidade sanitaria.
(2): Para maiores de 14 anos.

4. Coidados cirúrxicos			
Cura cirúrxica ☐	Cura complexa ☐	Coidados ostomías ☐	
5. Terapias urolóxicas / nefrolóxicas			
Sondaxe vesical intermitente ☐	Cistostomía permanente ☐	Ureterostomía ☐	Hemodiálise ☐
Diálise peritoneal ☐			
6. Monitorización			
Neumocardiograma ☐			

B

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

a) Inmunosupresión importante ☐

b) Coidados paliativos en calquera paciente en fase terminal da súa enfermedade ☐

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 coidados durante o día? SI ☐ NON ☐

Ten un centro asignado? SI ☐ NON ☐

D

No momento actual áchase en situación basal ? SI ☐ NON ☐

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

20250827

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

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

C-069 gal V.4

5.- PERIODO ESTIMADO DA DURACIÓN DA NECESIDADE DE COIDADO DIRECTO, CONTINUO E PERMANENTE POR PARTE DO PROXENITOR/ADOPTANTE/GARDADOR/ACOLLEDOR/TITOR/ CÓNXUXE/PARELLA DE FEITO(4)

Dende:	Ata:
	ASINADO: EN A DE DE 20
	SINATURA E SELO

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

(4): Téñase en conta que ao proxenitor/adoptante/titor/acolledor/gardián/cónxuxe/parella de feito, no caso de que se lle recoñeza a prestación económica por coidado de menor afectado de cancro ou outra enfermidade grave, se lle recoñecerá por un período dun mes, prorrogable inicialmente por un período de dous meses e, posteriormente, por períodos sucesivos de catro meses, de acordo co artigo 7, apartado 1, segundo parágrafo, do Real decreto 1148/2011, do 29 de xullo, para a aplicación e desenvolvemento, no sistema da Seguridade Social, da prestación económica por menores afectados por cancro ou outra enfermidade grave.