

DECLARACIÓ MÈDICA PER A LA CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

1.- DADES DEL SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

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

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

Cognoms i nom	Núm. de 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: Fins a:		
HOSPITAL		

AVALUACIÓ DE NECESSITATS DE CURA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT

A			
1. Teràpies intravenoses i subcutànies			
Antibioteràpia ☐	Quimioteràpia ☐	Fluïdoteràpia ☐	Transfusions ☐
Analgesia ☐	Altres teràpies ☐		
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 ☐	Oxigenoteràpia ☐	Assistent de la tos ☐	Marcapassos diafragmàtic ☐
Mobilització mucociliar per armilla ☐			

(1): Indiqueu en este apartat el nom de l'entitat sanitària.

(2): Per a majors de 14 anys.

4. Cures quirúrgiques			
Cura quirúrgica ☐	Cura complexa ☐	Cures d'ostomies ☐	
5. Teràpies urològiques / nefrològiques			
Sondatge vesical intermitent ☐	Cistostomia permanent ☐	Ureterostomia ☐	Hemodiàlisi ☐
Diàlisi peritoneal ☐			
6. Monitoratge			
Pneumocardiograma ☐			
B			
Tot i no tindre necessitat dels tractaments previs, es considera que el menor requereix cures específiques especials per les raons següents:			
a) Immunosupressió important			☐
b) Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la malaltia			☐
c) Epilèpsia difícil de controlar			☐
d) Altres raons: (especifiqueu-les detalladament)			☐
C			
En vista de les condicions en què es troba, ¿el pacient pot acudir a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les cures que necessita durant el dia?			
	SÍ ☐	NO ☐	
¿Té assignat un centre?	SÍ ☐	NO ☐	
D			
En el moment actual, ¿està en situació basal?		SÍ ☐	NO ☐
Si la resposta és "NO", ¿la seua situació actual implica un augment de les cures o de la necessitat de vigilància o monitoratge?		SÍ ☐	NO ☐

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

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

5.- PERÍODE ESTIMAT DE LA DURACIÓ DE LA NECESSITAT DE CURA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT EFECTUADA PEL PROGENITOR, ACOLLIDOR, ADOPTANT O TUTOR

Des de:	Fins a:		
	FIRMAT:		
	, DE/D' DEL 20		
	FIRMA I SEGELL		

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