

ANEXO II

Declaración médica para el cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave

1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
N.º Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el menor		
PROGENITOR <input type="checkbox"/>		ACOGEDOR PREADOPTIVO/PERMANENTE <input type="checkbox"/>
ADOPTANTE <input type="checkbox"/>		TUTOR <input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR

Apellidos y nombre		Número de colegiado
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad
Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Entidad sanitaria privada <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL PACIENTE MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte	Localidad
Diagnóstico		
Fecha ingreso hospitalario		Hospital
Desde	Hasta	

Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente

A

1. Terapias intravenosas y subcutáneas

Antibioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
	Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

2. Terapias nutricionales / digestivas

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"/>	Yeyunostomía <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 secreciones <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>	Asistente de la tos <input type="checkbox"/>	Marcapasos diafragmático <input type="checkbox"/>
Movilización mucociliar chalecos <input type="checkbox"/>			
4. Cuidados quirúrgicos			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
5. Terapias urológicas / nefrológicas			
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
6. Monitorización			
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>			
B			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:			
a) Inmunosupresión importante	<input type="checkbox"/>		
b) Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad	<input type="checkbox"/>		
c) Epilepsia de difícil control	<input type="checkbox"/>		
d) Otros: (Especificar detalladamente)	<input type="checkbox"/>		
C			
¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?			
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene un centro asignado?			
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?			
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD			
Apellidos y nombre		Número de colegiado	
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad	
5. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR			
Desde		Hasta	
Firmado			
En	a	de	de 20
Firma y sello			