

DECLARACIÓN MÉDICA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS DE CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Sello de entrada de Mutua Universal

1. DATOS DEL/LA SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
N.º Seguridad Social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el/la menor:		
<input type="checkbox"/> Progenitor/a	<input type="checkbox"/> Acogedor/a preadoptivo/a / permanente	<input type="checkbox"/> Adoptante <input type="checkbox"/> Tutor/a

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

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

3. DATOS DEL/LA 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		
<input type="checkbox"/> Antibioterapia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Fluidoterapia <input type="checkbox"/> Transfusiones
<input type="checkbox"/> Analgesia	<input type="checkbox"/> Otros	
2. Terapias nutricionales / digestivas		
<input type="checkbox"/> 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		
3. Terapias respiratorias		
<input type="checkbox"/> 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		

4. Cuidados quirúrgicos			
<input type="checkbox"/> Cura quirúrgica	<input type="checkbox"/> Cura compleja	<input type="checkbox"/> Cuidados ostomías	
5. Terapias urológicas / nefrológicas			
<input type="checkbox"/> Sondaje vesical intermitente	<input type="checkbox"/> Cistostomía permanente	<input type="checkbox"/> Ureterostomía	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis
<input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal			
6. Monitorización			
<input type="checkbox"/> Neumocardiograma			
B			
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el/la menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:			
<input type="checkbox"/> 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) _____			
C			
¿Dadas sus condiciones el/la paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Tiene un centro asignado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
D			
¿En el momento actual se encuentra en situación basal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Apellidos y nombre		Número de colegiado/a
Especialidad/Cargo		Localidad
Hospital/Centro sanitario		

5. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL/LA PROGENITOR/A / ACOGEDOR/A / ADOPTANTE / TUTOR/A

Desde	Hasta

Firmado

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma y sello