

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

Sello de entrada de Mutua Universal

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"/>					
Entidad sanitaria privada <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					
Antibióterapia <input type="checkbox"/>		Quimioterapia <input type="checkbox"/>		Fluidoterapia <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"/>	
Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>		Gastrostomía <input type="checkbox"/>		Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	
Colostomía <input type="checkbox"/>					
		Ileostomía <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
Firma y sello		de 20	