

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

Segell d'entrada de Mutua Universal

1. DADES DEL/DE LA SOL·LICITANT DE LA PRESTACIÓ

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Núm. Seguretat Social	DNI-NIE-Passaport	Telèfon
Relació amb el/la menor:		
☐ Progenitor/a	☐ Acolridor/a pre adoptiu/va / permanent	☐ Adoptant ☐ Tutor/a

2. DADES DEL/DE LA METGE/ESSA RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DEL/DE LA PACIENT MENOR

Cognoms i nom	Número de col·legiat/ada
Especialitat/Càrrec	Hospital/Centre sanitari
	Localitat
☐ Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut ☐ Entitat sanitària privada	

3. DADES DEL/DE LA PACIENT MENOR

Primer cognom	Segon cognom	Nom
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport	Localitat
Diagnòstic		
Data de l'ingrés hospitalari		
Des de		Fins
Hospital		
Avaluació de necessitats de cura directa contínua i permanent		
A		
1. Teràpies intravenoses i subcutànies		
☐ Antibioteràpia	☐ Quimioteràpia	☐ Fluïdoteràpia
☐ Analgèsia	☐ Altres	☐ Transfusions
2. Teràpies nutricionals / digestives		
☐ Nutrició enteral diürna	☐ Nutrició enteral nocturna	☐ Nutrició parenteral diürna
☐ Sonda nasogàstrica	☐ Gastrostomia	☐ Jejunostomia
☐ Colostomia		☐ Ileostomia
3. Teràpies respiratòries		
☐ Traqueostomia	☐ Ventilació mecànica invasiva	☐ Ventilació mecànica no invasiva diürna
☐ Aspiració de secrecions	☐ Oxigenoteràpia	☐ Assistent de la tos
☐ Mobilització mucociliar armilles		☐ Ventilació mecànica no invasiva exclusiva nocturna
		☐ Marcapassos diafragmàtic

4. Cures quirúrgiques		
☐ Cura quirúrgica	☐ Cura complexa	☐ Cures ostomies
5. Teràpies urològiques / nefrològiques		
☐ Sondatge vesical intermitent	☐ Cistostomia permanent	☐ Ureterostomia
☐ Hemodiàlisi		
☐ Diàlisi peritoneal		
6. Monitorització		
☐ Pneumocardiograma		
B		
Malgrat no presentar els requeriments previs, es considera que el/la menor requereix de cures específiques per les següents raons:		
☐ a) Immunosupressió important ☐ b) Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seva malaltia ☐ c) Epilèpsia de difícil control ☐ d) Altres: (Especifiquen-les detalladament) _____		
C		
Tenint en compte les seves condicions, el/la pacient pot anar a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les seves cures durant el dia?		
☐ SÍ ☐ NO		
Té un centre assignat? ☐ SÍ ☐ NO		
D		
Actualment es troba en situació basal? ☐ SÍ ☐ NO		
Si contesteu "NO", la seva situació actual implica un augment de les seves cures o de necessitat de vigilància i/o monitorització? ☐ SÍ ☐ NO		

4. CERTIFICAT MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT

Cognoms i nom		Número de col·legiat/ada
Especialitat/Càrrec		Localitat
Hospital/Centre sanitari		

5. PERÍODE ESTIMAT DE LA DURADA DE LA NECESSITAT DE CURA DIRECTA, CONTÍNUA I PERMANENT PER PART DEL/DE LA PROGENITOR/A / ACOLLIDOR/A / ADOPTANT / TUTOR/A

Des de	Fins

Signat

A _____, el _____ de _____ de 20____

Signatura i segell