

## ANEXO II

Declaración médica para el cuidado de menores afectados de cáncer u otra enfermedad grave			
<b>1. DATOS DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN</b>			
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"/>			
<b>2. DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL PACIENTE MENOR</b>			
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"/>	
<b>3. DATOS DEL PACIENTE MENOR</b>			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de nacimiento	DNI-NIE-Pasaporte	Localidad	
Diagnóstico			
Fecha ingreso hospitalario Desde		Hasta	
Hospital			
Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente			
A			
<b>1. Terapias intravenosas y subcutáneas</b>			
Antibioterapia <input type="checkbox"/>	Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Fluidoterapia <input type="checkbox"/>	Transfusiones <input type="checkbox"/>
	Analgesia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
<b>2. Terapias nutricionales / digestivas</b>			
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"/>			

<b>3. Terapias respiratorias</b>			
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"/>			
<b>4. Cuidados quirúrgicos</b>			
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura compleja <input type="checkbox"/>	Cuidados ostomías <input type="checkbox"/>	
<b>5. Terapias urológicas / nefrológicas</b>			
Sondaje vesical intermitente <input type="checkbox"/>	Cistostomía permanente <input type="checkbox"/>	Ureterostomía <input type="checkbox"/>	Hemodiálisis <input type="checkbox"/>
Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/>			
<b>6. Monitorización</b>			
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>			
<b>B</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"/>		
<b>C</b>			
¿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"/>	
<b>D</b>			
¿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"/>	
<b>4. CERTIFICADO MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD</b>			
Apellidos y nombre		Número de colegiado	
Especialidad/Cargo	Hospital/Centro sanitario	Localidad	
<b>5. PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DEL PROGENITOR / ACOGEDOR / ADOPTANTE / TUTOR</b>			
Desde	Hasta		
	Firmado		
	En	a	de de 20
	Firma y sello		