

## ANEXE II

Declaració mèdica per a la cura de menors afectats de càncer o una altra malaltia greu			
<b>1. DADES DEL SOL-LICITANT DE LA PRESTACIÓ</b>			
Cognoms		Nom	
Nº Seguretat Social	DNI-NIE-Passaport	Telèfon	
Relació amb el menor			
Progenitor	<input type="checkbox"/>	Acolridor preadoptiu / permanent	<input type="checkbox"/>
Adoptant	<input type="checkbox"/>	Tutor	<input type="checkbox"/>
<b>2. DADES DEL METGE RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DEL PACIENT MENOR</b>			
Cognoms i nom		Número de col·legiat	
Especialitat / càrrec	Hospital / centre sanitari	Localitat	
Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el servei Públic de Salut			<input type="checkbox"/>
Entitat sanitària privada			<input type="checkbox"/>
<b>3. DADES DEL PACIENT MENOR</b>			
Primer cognom	Segon cognom	Nom	
Data de naixement	DNI-NIE-Passaport	Localitat	
Diagnòstic			
Data ingrés hospitalari		Hospital	
Des de:	Fins a:	-	
<b>Avaluació de necessitats de cura directa contínua i permanent</b>			
<b>A</b>			
<b>1. Teràpies intravenoses i subcutànies</b>			
Antibioteràpia	<input type="checkbox"/>	Quimioteràpia	<input type="checkbox"/>
		Fluidoteràpia	<input type="checkbox"/>
		Transfusions	<input type="checkbox"/>
		Analgesia	<input type="checkbox"/>
		Altres	<input type="checkbox"/>
<b>2. Teràpies nutricionals / digestives</b>			
Nutrició enteral diürna	<input type="checkbox"/>	Nutrició enteral nocturna	<input type="checkbox"/>
Nutrició parental diürna	<input type="checkbox"/>	Nutrició parental nocturna	<input type="checkbox"/>
Sonda nasogastrica	<input type="checkbox"/>	Gastrostomia	<input type="checkbox"/>
Colostomia	<input type="checkbox"/>	Yeyunostomia	<input type="checkbox"/>
		Ileostomia	<input type="checkbox"/>
<b>3. Teràpies respiratòries</b>			
Traqueostomia	<input type="checkbox"/>	Ventilació mecànica invasiva	<input type="checkbox"/>
		Ventilació mecànica no invasiva diürna	<input type="checkbox"/>
		Ventilació mecànica no invasiva exclusiva nocturna	<input type="checkbox"/>
Aspiració de secrecions	<input type="checkbox"/>	Oxigenoteràpia	<input type="checkbox"/>
		Assistent de la tos	<input type="checkbox"/>
Mobilització mucociliar arilles	<input type="checkbox"/>	Marcapassos diafragmàtic	<input type="checkbox"/>
<b>4. Cures quirúrgiques</b>			
Cura quirúrgica	<input type="checkbox"/>	Cura complexa	<input type="checkbox"/>
		Cures de l'ostomia	<input type="checkbox"/>
<b>5. Teràpies urològiques / nefrològiques</b>			
Sondatge vesical intermitent	<input type="checkbox"/>	Cistostomia permanent	<input type="checkbox"/>
		Ureterostomia	<input type="checkbox"/>
Diàlisi peritoneal	<input type="checkbox"/>	Hemodiàlisi	<input type="checkbox"/>

<b>6. Monitoratge</b>		
Neumocardiograma	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>		
Malgrat no presentar els requeriments previs, es considera que el menor requereix de cures específiques per les següents raons:		
a. Immunosupressió important		<input type="checkbox"/>
b. Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seva malaltia		<input type="checkbox"/>
c. Epilèpsia de difícil control		<input type="checkbox"/>
d. Uns altres: (especificar detalladament)		<input type="checkbox"/>
<b>C</b>		
Donades les seves condicions el pacient pot acudir a un centre terapèutic especialitzat en les seves cures durant el dia?		
SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Té un centre assignat?		
SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>D</b>		
En el moment actual es troba en situació basal?		
SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En cas de contestar "NO", la seva situació actual implica un augment de les seves cures o de necessitat de vigilància i/o monitoratge?		
SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>4. CERTIFICAT MÈDIC DEL SERVEI PÚBLIC DE SALUT</b>		
Cognoms i nom		Número de col·legiat
Especialitat / càrrec	Hospital / centre sanitari	Localitat
<b>5. PERÍODE ESTIMAT DE LA DURADA DE LA NECESSITAT DE CURA DIRECTA, CONTINUA I PERMANENT PER PART DEL PROGENITOR / ACOLLIDOR / ADOPTANT / TUTOR</b>		
Des de:		Fins a:
	Signat	
	En	el de de 20
Signatura i segell:		

cve: BOE-A-2019-1691  
Verificable en <http://www.boe.es>