

## 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>			
Apellidos		Nombre	
Nº 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		Hospital	
Desde:	Hasta:	-	
<b>Evaluación de necesidades de cuidado directo continuo y permanente</b>			
<b>A</b>			
<b>1. Terapias intravenosas y subcutáneas</b>			
Antibióterapia <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 parental diurna <input type="checkbox"/>	Nutrición parental 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"/>			

**6. Monitorización**

Neumocardiograma

**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
- b. Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- c. Epilepsia de difícil control
- d. Otros: (especificar detalladamente)

**C**

¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?

SI  NO

¿Tiene un centro asignado?

SI  NO

**D**

¿En el momento actual se encuentra en situación basal?

SI  NO

En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?

SI  NO

**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 _____ de 20
	Firma y sello:

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