GENERALITAT VALENCIANA

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

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

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER COGNOM O RAÓ SOCIAL *PRIMER APELLIDO O RAZÓN SOCIAL*	SEGON COGNOM / *SEGUNDO APELLIDO*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE/PASSAPORT / *DNI/NIE/PASAPORTE*

NUM. SEGURETAT SOCIAL / *N.º SEGURIDAD SOCIAL*	TELÈFON / *TELÉFONO*	ADREÇA ELECTRÒNICA / *CORREO ELECTRÓNICO*

RELACIÓ AMB LA PERSONA AFECTADA / *RELACIÓN CON LA PERSONA AFECTADA*

- ☐ PROGENITOR / PROGENITORA
- ☐ TUTOR /TUTORA
- ☐ ADOPTANT *ADOPTANTE*
- ☐ ACOLLIDOR PREADOPTIU - PERMANENT *ACOGEDOR PREADOPTIVO - PERMANENTE*

B DADES DEL METGE RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DE LA PERSONA MALALTA
DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA PERSONA ENFERMA

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	NÚM. DE COLEGIADO/DA / Nº. DE COL·LEGIAT/ADA

ESPECIALIDAD / *ESPECIALITAT*	HOSPITAL/CENTRE SANITARI / *HOSPITAL/CENTRO SANITARIO*	LOCALIDAD / *LOCALITAT*

- ☐ Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut *Servicio Público de Salud o entidad sanitaria concertada con el Servicio Público de Salud*
- ☐ Entitat sanitària privada *Entidad sanitaria privada*

C DADES DE LA PERSONA MALALTA
DATOS DE LA PERSONA ENFERMA

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI/NIE/PASSAPORT / *DNI/NIE/PASAPORTE*

FECHA DE NACIMIENTO */ DATA DE NAIXEMENT*	LOCALITAT/CIUTAT / *LOCALIDAD/CIUDAD*

DIAGNÒSTIC / *DIAGNÓSTICO*

DATA D'INGRÉS HOSPITALARI / *FECHA INGRESO HOSPITALARIO*		HOSPITAL
Des de *Desde*	Fins *Hasta*	

AVALUACIÓ DE NECESSITATS DE CURA DIRECTA CONTÍNUA I PERMANENT
EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADO DIRECTO CONTINUO Y PERMANENTE

A

1.- Teràpies intravenoses i subcutànies / *Terapias intravenosas y subcutáneas*

- ☐ Antibioteràpia *Antibioterapia*
- ☐ Quimioteràpia *Quimioterapia*
- ☐ Fluidoteràpia *Fluidoterapia*
- ☐ Transfusions *Transfusiones*
- ☐ Analgèsia *Analgesia*
- ☐ Altres *Otros*

2.- Teràpies nutricionals/digestives / *Terapias nutricionals/digestives*

- ☐ Nutrició enteral diürna *Nutrición enteral diurna*
- ☐ Nutrició enteral nocturna *Nutrición enteral nocturna*
- ☐ Nutrició parenteral diürna *Nutrición parenteral diurna*
- ☐ Nutrició parenteral nocturna *Nutrición parenteral nocturna*
- ☐ Sona nasogàstrica *Sonda nasogástrica*
- ☐ Gastrostomia *Gastrostomía*
- ☐ Iejunostomia *Yeyunostomía*
- ☐ Ileostomia *Ileostomía*
- ☐ Colostomia *Colostomía*

3.- Teràpies respiratòries / *Terapias respiratorias*

- ☐ Traqueostomia *Traqueostomía*
- ☐ Assistent de la tos *Asistente de la tos*
- ☐ Aspiració de secrecions *Aspiración de secreciones*
- ☐ Ventilació mecànica invasiva *Ventilación mecánica invasiva*
- ☐ Ventilació mecànica no invasiva exclusió nocturna *Ventilación mecánica no invasiva exclusión nocturna*
- ☐ Ventilació mecànica no invasiva diürna *Ventilación mecánica no invasiva diurna*
- ☐ Oxigenoteràpia *Oxigenoterapia*
- ☐ Marcapassos diafragmàtic *Marcapasos diafragmático*
- ☐ Mobilització mucociliar armilles *Mobilización mucociliar chalecos*

4.- Cures quirúrgiques / *Cuidados quirúrgicos*

- ☐ Cura quirúrgica *Cura quirúrgica*
- ☐ Cura complexa *Cura compleja*
- ☐ Cures ostomies *Cuidados ostomías*

5.- Teràpies urològiques/nefrològiques / *Terapias urológicas/nefrológicas*

- ☐ Sondatge vesical intermitent *Sondaje vesical intermitente*
- ☐ Cistostomia permanent *Cistostomía permanente*
- ☐ Ureterostomia *Ureterostomía*
- ☐ Hemodiàlisi *Hemodiálisis*
- ☐ Diàlisi peritoneal *Diálisis peritoneal*

6.- Monitoratge */ Monitoraje*

- ☐ Pneumocardiograma *Neumocardiograma*

CHAP - IAC

DIN - A4

IA - 180576 - 01 - E

GENERALITAT VALENCIANA

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

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

C DADES DE LA PERSONA MALALTA
DATOS DE LA PERSONA ENFERMA

B

Malgrat no presentar els requeriments previs, es considera que el menor requereix de cures específiques per les següents raons:
A pesar de no presentar los requerimientos previos, se considera que el menor requiere de cuidados específicos por las siguientes razones:

- ☐ a) Immunosupressió important
  Inmunosupresión importante
- ☐ b) Cures pal·liatives en qualsevol pacient en fase terminal de la seua malaltia
  Cuidados paliativos en cualquier paciente en fase terminal de su enfermedad
- ☐ c) Epilèpsia de difícil control
  Epilépsia de difícil control
- ☐ d) Altres (especificar detalladament)
  Otros (especificar detalladamente

Justificació:
Justificación:

C

Donades les seues condicions el pacient pot acudir a un centre educatiu o a un centre terapèutic especialitzat en les seues cures durant el dia?
¿Dadas sus condiciones el paciente puede acudir a un centro educativo o a un centro terapéutico especializado en sus cuidados durante el día?

☐ SÍ ☐ No

Té un centre assignat?
¿Tiene un centro asignado?

☐ SÍ ☐ No

D

En el moment actual es troba en situació basal?
¿En el momento actual se encuentra en situación basal?

☐ SÍ ☐ No

En cas de contestar "NO", la seua situació actual implica un augment de les seues cures o de necessitat de vigilància i/o monitoratge?
En caso de contestar "NO", ¿su situación actual implica un aumento de sus cuidados o de necesidad de vigilancia y/o monitorización?

☐ SÍ ☐ No

D PERÍODE ESTIMAT DE LA DURACIÓ DE LA NECESSITAT DE CURA DIRECTA, CONTINU I PERMANENT PER PART DE LA PERSONA PROGENITORA ACOLLIDORA/ADOPTANT/TUTORA / *PERIODO ESTIMADO DE LA DURACIÓN DE LA NECESIDAD DE CUIDADO DIRECTO, CONTINUO Y PERMANENTE POR PARTE DE LA PERSONA PROGENITORA ACOGEDORA/ADOPTANTE/TUTORA*

Des de
Desde

Fins
Hasta

_____ , _____ d _____ de _____

Signatura i segell:
Firma y sello: _____

La conselleria competent en matèria d'educació és responsable del tractament de les dades recollides en aquest formulari i, si és el cas, en els documents que s'adjunten, dades que s'utilitzaran amb la finalitat de gestionar la seua sol·licitud de llicència o permís. Com a persona interessada en aquest tractament, té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a rectificar-les i a suprimir-les, a limitar o oposar-se al tractament d'aquests, així com a no ser objecte de decisions individuals automatitzades. Podrà exercir aquests drets, de forma presencial o telemàtica, d'acord amb el que es preveu en el següent enllaç: http://sede.gva.es/va/proc19970. Per a més informació pot consultar el registre d'activitat de tractament anomenat «Recursos Humans», accessible en la web https://ceice.gva.es/va/registre-de-tractament-de-dades

La consellería competente en materia de educación es responsable del tratamiento de los datos recogidos en este formulario y, en su caso, en los documentos que se adjuntan, datos que se utilizarán con el fin de gestionar su solicitud de licencia o permiso. Como persona interesada en este tratamiento, tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, a rectificarlos y a suprimirlos, a limitar u oponerse a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. Podrá ejercer estos derechos, de forma presencial o telemática, de acuerdo con lo previsto en el siguiente enlace: http://sede.gva.es/es/proc19970. Para mayor información puede consultar el registro de actividad de tratamiento llamado «Recursos Humanos», accesible en la web https://ceice.gva.es/es/registre-de-tractament-de-dades

IA - 180576 - 02 - E DIN - A4 CHAP - IAC