

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

"Model publicat en l'Ordre TMS/103/2019, de 6 de febrer, per la qual es modifica l'annex del Reial decret 1148/2011, de 29 de juliol, per a l'aplicació i desenvolupament, en el sistema de la Seguretat Social, de la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu i s'aprova el model de declaració mèdica sobre la necessitat de cura contínua del menor."

1. DADES DEL SOL-LICITANT DE LA PRESTACIÓ				
Primer cognom		Segon cognom		Nom
Núm. Seguretat Social		DNI-NIE-Passaport		Telèfon
Relació amb el menor				
PROGENITOR <input type="checkbox"/>	ACOLLIDOR PREADOPTIU/PERMANENT <input type="checkbox"/>		ADOPTANT <input type="checkbox"/>	TUTOR <input type="checkbox"/>
				ALTRES <input type="checkbox"/>
2. DADES DEL METGE RESPONSABLE DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DEL PACIENT MENOR				
Cognoms i nom			Número de col·legiat	
Especialitat/Càrrec		Hospital/Centre		Localitat
Servei Públic de Salut o entitat sanitària concertada amb el Servei Públic de Salut <input type="checkbox"/>			Entitat sanitària privada <input type="checkbox"/>	
3. DADES DEL PACIENT MENOR				
Primer cognom		Segon cognom		Nom
Data de naixement		DNI-NIE-Passaport		Localitat
Diagnòstic				
Data ingrés hospitalari			Hospital	
Des de		Fins		
Avaluació de necessitats de cura directa contínua i permanent				
A				
1. Teràpies intravenoses i subcutànies				
Antibioteràpia <input type="checkbox"/>	Quimioteràpia <input type="checkbox"/>	Fluidteràpia <input type="checkbox"/>	Transfusions <input type="checkbox"/>	
	Analgèsia <input type="checkbox"/>	Altres <input type="checkbox"/>		
2. Teràpies nutricionals / digestives				
Nutrició enteral diürna <input type="checkbox"/>	Nutrició enteral nocturna <input type="checkbox"/>	Nutrició parenteral diürna <input type="checkbox"/>	Nutrició parenteral nocturna <input type="checkbox"/>	
Sonda nasogàstrica <input type="checkbox"/>	Gastrostomia <input type="checkbox"/>	Yeyunostomia <input type="checkbox"/>	Ileostomia <input type="checkbox"/>	
Colostomia <input type="checkbox"/>				
3. Teràpies respiratòries				
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"/>	Marcapassos diafragmàtic <input type="checkbox"/>	
Moblització mucociliar armilles <input type="checkbox"/>				
4. Cures quirúrgiques				
Cura quirúrgica <input type="checkbox"/>	Cura complexa <input type="checkbox"/>	Cuidats ostomies <input type="checkbox"/>		
5. Teràpies urològiques / nefrològiques				
Sondatge vesical intermitent <input type="checkbox"/>	Cistostomia permanent <input type="checkbox"/>	Ureterostomia <input type="checkbox"/>	Hemodiàlisi <input type="checkbox"/>	Diàlisi peritoneal <input type="checkbox"/>
6. Monitoratge				
Neumocardiograma <input type="checkbox"/>				

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

Informació sobre protecció de dades personals

Responsable: **umivale Activa** Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3. **Contacte del Delegat de Protecció de Dades:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalitat:** Facilitar la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies en l'àmbit de la Seguretat Social. **Legitimació:** Aquest tractament es realitza en el marc del compliment de les obligacions legals aplicables a **umivale Activa** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social. **Destinataris:** Seguretat Social i Organismes dependents (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Jutjats i Tribunals, en cas que existeixi obligació legal per això. Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals. Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. **Drets:** Podrà accedir, rectificar, suprimir, oposar-se a determinats tractaments, així com exercir el seu dret a la limitació del tractament, a la portabilitat i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en tractament automatitzat de les seves dades. **Forma d'exercir els seus drets:** Per escrit, mitjançant sol·licitud dirigida a **umivale Activa**, Av. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València); Presencialment, en qualsevol dels nostres centres o remetent un correu electrònic, a la següent adreça: dpd@umivaleactiva.es. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.