

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NIF/NIE	APELLIDOS Y NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SISTEMA DE SALUD:	
<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Mutualidad (MUFACE, ISFAS, MUJEJU). Especificar: <input type="text"/>

CERTIFICO, que la persona solicitante tiene el siguiente diagnóstico y situación de la enfermedad:

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA): CIE-10: G12.21 en fase avanzada que determina una dependencia completa para actividades básicas de la vida diaria, así como asistencia instrumental y personal derivada de problemas respiratorios y disfagia.
- La siguiente enfermedad o proceso de alta complejidad y curso irreversible:
- Enfermedades de neurona motora neurodegenerativas distintas a la ELA (Atrofia muscular progresiva: CIE-10: G12.25. Esclerosis lateral primaria CIE-10: G12.23).
 - Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (CIE-10: A81.0).
 - Infarto cerebral en la protuberancia que comporte síndrome de cautiverio (CIE-10: I69.36 + G83.5).
 - Atrofia Muscular Espinal tipo I (CIE-10: G12.0) y II (CIE-10: G12.1) (no responde a tratamiento).
 - Otra, indique cual

En el caso de enfermedades distintas a ELA debe certificarse el cumplimiento de los siguientes criterios:

a) Tener una condición irreversible y con una reducción significativa de supervivencia	SI	NO
Se trata de una enfermedad crónica, irreversible y con daño estructural y funcional grave, sin expectativa de recuperación con los tratamientos disponibles, con reducción significativa de la supervivencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) No haber tenido una respuesta significativa al tratamiento, o cuando no existan alternativas terapéuticas que vayan a mejorar el estado funcional o el pronóstico de estas personas	SI	NO
Se observa una falta de respuesta clínica significativa a los tratamientos autorizados de los que se disponen en la actualidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No existen tratamientos autorizados con capacidad curativa o modificadora sustancial del curso clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Precisar cuidados sociales y sanitarios complejos, centrados en el ámbito domiciliario y que supongan un alto impacto para el entorno cercano de las personas afectadas. En concreto, el paciente:	SI	NO
Requiere ayuda continuada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza de forma prolongada dispositivos de soporte funcional y/o vital, como entre otros: ventilación mecánica o soporte respiratorio, gastrostomía endoscópica percutánea, comunicadores y otras situaciones de soporte equivalentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Tener una rápida progresión en algunos de estos procesos que requiera acelerar procesos administrativos de valoración y reconocimiento del grado de discapacidad o dependencia. En concreto, el paciente:	SI	NO
Ha experimentado un deterioro clínico objetivo y acelerado, no relacionado con un proceso intercurrente reciente o reversible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha presentado complicaciones graves recurrentes no relacionadas con un proceso intercurrente reciente o reversible, que conlleven dos o más ingresos urgentes no planificados en los últimos seis meses,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DISPOSITIVOS DE SOPORTE FUNCIONAL O VITAL UTILIZADOS:

- Ventilación mecánica o soporte respiratorio
- Gastrostomía endoscópica percutánea
- Comunicador
- Otros: indique cual

FIRMA DEL PROFESIONAL SANITARIO ESPECIALISTA
QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

NÚMERO DE COLEGIADO