**SERVICIO DE DIGESTIVO / ONCOLOGÍA**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PACIENTE****NHC**:  aquí poner el numero de historia clínica**NOMBRE Y APELLIDOS:**  Nombre y apellidos del paciente**NSS:**  número de la seguridad social del paciente**DIRECCIÓN**: domicilio que figure en el DNI del paciente**FECHA DE NACIMIENTO:** fecha de nacimiento del paciente**DNI/NIE:** DNI/NIE del paciente**TELÉFONO CONTACTO:** tlf del paciente |

**INFORME MÉDICO/ MEDICAL REPORT**

         **Nombre y apellidos / Name and surname:**del paciente

         **Fecha de nacimiento / Date of birth**: del paciente

         **DNI / Identity Card**: del paciente

         **Tipo de enfermedad / Kind of Disease:** Enfermedad de Crohn / Crohn Disease

         **Fecha de diagnóstico / Date of diagnosis:** 1999

         **Complicaciones relacionadas con la enfermedad / Disease complications:**
Colostomía y fístulas perianales / colostomy and perianal fistulas

         **Otras enfermedades relevantes/Other relevant diseases:**

-        Enfermedad perianal

-        Espondilitis Anquilosante

-       Fibromialgia

-       Uveitis

-       Epiescleritis

-       Queratitis

-       Etcema irritativo crónico

-       Depresión

-       Bulimia

-       Vejiga Hiperactiva

         **Alergias / Allergies:**

**Ustekinumab intravenoso /**intravenous Ustekinumab

**TRATAMIENTO HABITUAL / USUAL TREATMENT / TRAITEMENT HABITUEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***MEDICACIÓN/MEDICATION*** | ***DOSIS/DOSE*** | ***REGIMEN/REGIMEN*** |
| Adofen Fluoxeitina 20 mg | 2/1/0 | Diario- all days |
| Rivotril 0,5 mg | 0/1/1 | Diario  - All days |
| Dreprax 100 mg | 0/0/1 | Diario - All days |
| Zolpidem 0,5 mg | - | A demanda - on demand |
| Humira 40 mg. | 0/0/1 | Cada 14 días - Every 14 days |
| Betmiga 50 mg | 1/0/1 | Diario - All days |
| Zaldiar: 37,5 mg hidrocloruro tramadol     325 mg paracetamol | - | A demanda -  On demand |
| Naproxeno Sódico 550 mg | - | A demanda - On demand |
| Zamene 6 mg | 1/0//0 | Cada dos días – Every 2 days |
| Maxidex gotas | 2/2/2 | Diario – All days |
| Hylo-Gel | 2/2/2/2 | Diario – All days |
| Omeprazol 20 mg | 1/0/0 | Diario – All days |

**TIPO ESTOMA / TYPE OF OSTOMY / TYPE DE STOME**

        ***Colostomía / Colostomy***

**ADEMÁS DE SU MEDICACIÓN EL PACIENTE NECESITA TRANSPORTAR:
IN ADDITION TO THEIR MEDICATION THE PATIENT NEEDS TO TRANSPORT:**

**EN PLUS DU MÉDICAMENT, LE PATIENT A BESOIN DE TRANSPORTER:**

|  |
| --- |
| ***NOMBRE /NAME*** |
| **Bolsas de ostomía.**Marca**Ostomy bags**. **Marca** |
| **Ostomy Care.** Pasta periestomal Marca**Ostomy Care** Periestomal paste. Marca |
| **Adapt**Pasta Peristomal. Marca**Adapt**Periestomal paste. Marca |
| **Tijeras de punta redonda**  Round tip scissors |
| **ADAPT**Polvos periestomales. Marca**ADAPT** Stoma Powder. Marca |
| **NILTAC** Toallitas removedoras de adhesivo. Marca**NILTAC**Wet wipes medical Adhedive Remover. Marca |
| **BRAVA.**Toallistas de barrera cutánea. Marca**BRAVA**Skin Barrier Wipes. Marca |

**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS/SPECIFIC RECOMMENDATIONS:**

No se le debe despegar la bolsa de ostomía al paciente en los controles de seguridad. La colostomía implica carecer de esfínter para controlar la salida de heces.

Under no circumstances detach the ostomy bag from the patient at the security controls. Colostomy involves lacking sphincter to control stool outflow.

En aucun cas, ne séparez le sac de stomie du patient aux contrôles de sécurité. La colostomiemplique un manque de sphincter pour contrôler l'écoulement des matières fécales.

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Yo, (Nombre y apellidos del médico), Médico del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Central de Asturias, HUCA

**CERTIFICO QUE:**

La persona cuyo nombre se menciona en este certificado ha sido objeto de una operación quirúrgica que hace indispensable para ella llevar **siempre**una bolsa de ostomía pegada al abdomen para recolectar la excreta de heces / orina.

En el supuesto caso de que sea preciso examinar la bolsa de ostomía, el examen **deberá hacerse en presencia de un médico cualificado o una enfermera estomaterapeuta**, porque cualquier intervención puede ocasionar escapes y bastante incomodidad, inseguridad y confusión al paciente.

Además de su equipaje personal, la portadora / el portador del presente certificado puede llevar también una provisión de emergencia compuesta de bolsas de repuesto, productos de cuidado del estoma y tijeras de punta redonda necesarias para recortar las bolsas etc. **Es esencial que tales provisiones de emergencia permanezcan intactas y no se pierdan**.

**TO WHOM IT MAY CONCERN**

Me, nombre y apellidos del médico, Doctor of the Digestive/oncology Service of the Central University Hospital of Asturias, HUCA

**CERTIFY THAT:**

This is to certify that the person named on this certificate has had a surgical operation which makes it necessary for him/her to wear **at all times**, a bag attached to the abdomen to collect excretion from the bowel or bladder.

If it is necessary to examine this bag, **a qualified medical practitioner should be present**, because any interference may cause leakage and great discomfort and embarrassment to the wearer.

The owner of this certificate may also be carrying an emergency supply pack consisting of spare bags, surgical dressings, round tip scissors needed to trim the disc from the bags  etc., in addition to his/her main luggage.

It is **essential** that these emergency supplies remain intact and are not mislaid.

**A QUI DE DROIT**

Ce document certifie que la personne don't le nom figure sur ce certificat a subi une opération chirurgicale qui l'oblige à porter à tout moment une poche attachée à son abdomen, pour recuellir les excréments de ses intestins ou de sa vessie.

Si cetta poche doit être examinée, il est impératif qu'un médecin qualifié soit présent. En effet toute intervention peut être la cause de fuites, et embarrasser physiquement et moralement le porteur.

Il se peut que le porteur de ce certificat ait emporté du matériel de secours, comme par exemple des poches de rechange, des compresses, etc., en plus de ses bagages, et il est vital que ce matériel de secours reste intact et ne soit pas égaré.

         **Nombre del médico/ name of doctor:**  XXXXXXXXXX

         **Número colegiado/ registered number: XXXXXXXXXXXX**

         **Dirección  Hospital / address Hospital:****XXXXXXXXXX**

**Sello y Firma / Signature**: