

PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ

EN TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

Autores del document:

- Fernández Herrero, M^a Ángeles
Hospital Universitari La Fe de València.
Departament de Salut de València – La Fe.
- Fuster Ribera, Raquel
Hospital Universitari La Fe de València
Departament de Salut de València – La Fe.
- Illa Lahuerta, Carmen
Consorci Hospital General Universitari de València
Departament de Salut de València – Hospital General.
- López Sanmiguel, Manuela
Hospital Dr. Peset de València
Departament de Salut de València – Dr. Peset.

<u>ÍNDEX</u>	<u>2</u>
1.– INTRODUCCIÓ	4
2.– POBLACIÓ DIANA	6
3.– OBJECTIUS DEL TREBALL SOCIAL HOSPITALARI	6
3.1 OBJECTIU GENERAL	
3.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS	
4.– ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL	7
5.– METODOLOGIA	8
5.1 CRITERIS I PROCEDIMENTS DE DERIVACIÓ	
5.1.1 LA UTSH AMB L'EXTERIOR	
5.1.2 LA UTSH EN L'HOSPITAL	
5.2 PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ	11
5.2.1 BÀSIC	
5.2.2 ESPECÍFICS	
6.– AVALUACIÓ	12
7.– BIBLIOGRAFIA	14
8.– ANNEXOS	16
A. PROTOCOL BÀSIC D'INTERVENCIÓ (I,II,III)	17
Annexos	
a.1 Normativa i publicacions de referència	26
B. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE MENORS EN SITUACIÓ DE RISC	27
Annexos	
b.1 Full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i protecció de menors	35
b.2 Normativa i publicacions de referència	44
C. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA ADOPCIÓ	45
Annexos	
c.1 Model de comunicació a Conselleria de Benestar Social	52
c.2 Model manifestació de la mare	53
c.3 Normativa i publicacions de referència	54

D. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE	55
Annexos	
d.1 Indicadors de sospita de maltractament durant consulta	63
d.2 Factors de risc o vulnerabilitat	64
d.3 Aspectes a valorar al llarg de la intervenció	65
d.4 Qüestionari DA "Danger Assessment"	66
d.5 Elaboració del pla de seguretat	68
d.6 Model d'informe mèdic per presumpta violència domèstica (adults)	69
d.7 Normativa i publicacions de referència	71
E. PROTOCOL DE LOCALITZACIÓ DE FAMILIARS PER EXITUS	73
Annexos	
e.1 Programa donació de cos	78
e.2 Normativa i publicacions de referència	79
F. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA DONACIÓ D'ÒRGANS. <i>(Desplegat exclusivament a l'Hospital General de València. Incorporat a esta Guia com a element de bona pràctica)</i>	80
Annexos	
f.1 Full d'entrevista familiar	89
f.2 Certificat de defunció	90
f.3 Autorització judicial	92
f.4 Comunicació de defunció al jutge	93
f.5 Autorització de la direcció de l'hospital	94
f.6 Acta d'intervenció	95
f.7 Sol·licitud per a gastos de soterrar	96
f.8 Model carta d'agraïment	97
f.9 Normativa i publicacions de referència	98
G. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN TRACTAMENT DIRECTAMENT OBSERVAT (TDO) AMB PACIENTS TUBERCULOSOS	99
Annexos	
g.1 Normativa i publicacions de referència	108
H. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN PRE- POST TRANSPLANTAMENTS	109
Annexos	
h.1 Full informatiu d'inclusió en llista d'espera de trasplantaments	120
h.2 Normativa i publicacions de referència	121
I. PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE PRESUMPTES INCAPAÇOS	122
Annexos	

i.1 Comunicació als jutjats del cuidador	136
i.2 Comunicació als jutjats de la UTSH	138
i.3 Sol·licitud d'actuacions d'internament d'un presumpte incapaç	140
i.4 Informació a la família sobre la incapacitació judicial	141
i.5 Normativa i publicacions de referència	144

1) INTRODUCCIÓ

El grup de treballadors i treballadores socials d'hospitals es va constituir el 1976 amb l'objectiu de reflexionar en comú sobre les noves problemàtiques que sorgien en el treball i per a establir criteris comuns, a manera de seminari permanent. El grup ha treballat des de llavors, en la reflexió i elaboració de múltiples documents sobre els diversos aspectes del treball social hospitalari: sobre les seues funcions, la relació dels servicis socials hospitalaris i els servicis socials municipals, els programes de treball social en els hospitals, la unificació del sistema de registre de les unitats de treball social hospitalari (d'ara en d'avant UTSH) i de primària, etc

L'autoria d'esta guia és d'aquelles persones que l'han elaborada, òbviament, però la presentació de protocols que fem ací emana de la recopilació, revisió i unificació dels distints protocols ja existents, elaborats pels treballadors i treballadores socials als nostres hospitals, quan hem sentit la necessitat de visualitzar de manera sistemàtica el nostre treball, contrastar-lo amb la pràctica diària, eliminar tasques o activitats que no aportaven cap valor al servici que prestem dins de l'organització hospitalària i també per a permetre la visualització i una major comprensió del nostre treball per part de la resta del personal professionals sanitari amb la nostra imbricació en l'equip assistencial, per a aconseguir una atenció integral dels i les pacients i les seues famílies.

Hi ha una llarga relació de treballadors socials dels centres hospitalaris que han aportat els seus protocols a qui seria impossible mencionar u per u, però sí hem d'agrair el seu treball pioner. Per això hem inclòs, almenys, en la bibliografia, la relació dels hospitals d'on provenen els protocols inicials.

El personal treballador social, com a part de l'equip, aporta el diagnòstic social que reforça el diagnòstic mèdic i facilita adequar el tractament del pacient, a l'aportar-lo a la història clínica, la qual en un l'hospital té la característica d'organització per episodis que constituïxen blocs d'informació d'hospitalització, de consultes externes, d'urgències... etc.) que el diferencia de l'àmbit d'atenció primària on la història clínica és única i continuada.

El procés d'hospitalització, és un període crític per al pacient i la seua família, que es viu amb angoixa i incertesa. Moltes vegades coincidix amb un

canvi brusc i important en la seua qualitat de vida després de l'hospitalització, a causa de les seqüeles o al canvi de passar de ser una persona autònoma a una persona dependent temporalment o permanentment.

En este context, el treball social, viu la demanda de recursos que de forma immediata demanden els pacients i la pressió de la institució sanitària per a l'alta d'eixe mateix pacient. Açò es reflectix en la necessitat sentida per tots els professionals que treballen en els hospitals de crear mecanismes d'urgència davant la necessitat d'una immediatesa de recursos en l'àmbit sociosanitari.

Una altra peculiaritat de l'àmbit hospitalari ve donada per la gravetat dels problemes de salut que es practiquen en este nivell d'atenció, per la qual cosa el o la pacient sol estar acompanyat o acompanyada d'algú del seu entorn, cosa que implica una major accessibilitat a la família i, moltes vegades, es destapa la problemàtica sociofamiliar subjacent.

Hi ha una altra modalitat d'intervenció que podem denominar puntual, que està condicionada per l'organització hospitalària en la qual davant d'una situació concreta, cal una resposta immediata. A criteri del professional es prenen decisions i s'opta per determinats recursos sense haver-se fet una valoració completa ni haver arribat al diagnòstic social, per exemple en l'atenció de pacients en les portes d'urgències sense ingrés.

La resposta a les necessitats sociosanitàries des de l'àmbit hospitalari, difereix, en múltiples aspectes, de la de primària i, per tant, els instruments per a fer efectiu el treball social també difereixen. En l'atenció primària es concreten a través dels programes sociosanitaris i en l'hospitalària a través dels protocols d'intervenció.

Els protocols que es detallen més avant són la resposta professional del treball social als problemes i les necessitats que sovint es plantegen a nivell hospitalari, sense detriment d'elaborar-ne d'altres, a partir de l'anàlisi de les característiques i necessitats de la població adscrita al departament sanitari de cada hospital.

És important incidir en la intervenció específica del personal treballador social en les unitats d'estada mitjana (UME) i en els hospitals d'atenció a crònics i de llarga estada (HACLE) amb pacients que per la seua cronicitat, fragilitat o per estar en el procés del final de la vida precisen de cures

pal·liatives. Necessiten d'un gran suport psicosocial, tant per a ells com per a les seues famílies durant l'hospitalització i la garantia d'una bona planificació quan estiguen d'alta, per a disposar dels recursos necessaris de tipus sanitari i social per a la seua permanència en el domicili, ja que en molts casos solen estar en una situació de gran dependència.

La finalitat del protocol hospitalari és proporcionar al personal sanitari treballador social de l'Agència Valenciana de Salut pautes d'actuació homogènies.

2) POBLACIÓ DIANA

La UTSH, és un servici especialitzat que atén una població que té com a denominador comú la malaltia i les conseqüències que se'n deriven. Atén les persones que estan ingressades en totes les unitats de l'hospital, les que acudixen a les consultes externes, les que són ateses en els servicis d'urgències i també als seus familiars.

3) OBJECTIUS DEL TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

3.1 OBJECTIU GENERAL.

El treball social és un quefer professional de complement i suport de les accions medicosanitàries a través de programes integrats i no mai d'accions aïllades del tot, com és la institució de salut.

Els objectius del treball social, per tant, s'inserixen en els objectius generals de la institució de salut de la qual formen part, enfocats des del punt de vista de les necessitats i dels problemes socials, és a dir: la promoció, prevenció, recuperació i rehabilitació.

3.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS

El treball social té uns objectius específics:

- Aportar a l'equip de salut el diagnòstic social a través de l'estudi de les variables socioeconòmiques i culturals que incidixen en l'etiologia, la distribució i el desenrotllament de la malaltia i les seues conseqüències socials.
- Orientar i capacitar els pacients, les seues famílies i la comunitat en general sobre els problemes derivats de la malaltia, perquè siguen agents de prevenció, promoció, recuperació i rehabilitació de la salut.
- Participar en la formulació, l'execució i l'avaluació de les polítiques de salut, des del punt de vista de la seua competència.

4) ACTIVITATS DEL TREBALLADOR SOCIAL

OBJECTIUS	ACTIVITATS	TÈCNIQUES	INSTRUMENTS
Elaborar el diagnòstic social a través de l'estudi de les variables socioeconòmiques i culturals que incidixen en la malaltia i les seues conseqüències socials i aportar-lo a l'equip de salut.	* Estudi dels aspectes psicosocials que poden incidir en la prevenció, diagnòstic i tractament de la malaltia i de la problemàtica sociofamiliar. * Valoració de la problemàtica i anàlisi dels factors que intervenen. * Intervenció en col·laboració amb l'equip de salut per a establir les línies de tractament. * Fer més accessible la relació entre el malalt/a, la família i la institució hospitalària * Estudi de les característiques comunitàries de les poblacions adscrites a l'hospital.	* Observació * Entrevista * Visita domiciliària * Gestions * Documentació * Informe social * Registre	* Escales * Sistema informàtic * Full d'interconsulta * Historia social * Historia clínica * Genograma * Ecomapa * Protocols d'intervenció * Guia de recursos
Orientar i capacitar els pacients, les seues famílies i la comunitat en general dels problemes derivats de la malaltia perquè siguen agents de prevenció, promoció, recuperació i rehabilitació de la salut.	* Informació i orientació als usuaris/àries i la família sobre els recursos socials, tràmits... * Assessorament, mediació i suport davant de situacions de conflicte. * Gestió i aplicació dels recursos existents. * Col·laboració en la creació i promoció de recursos socials i en la millora dels ja existents * Promoció de la rehabilitació i reinserció social, familiar, laboral i/o escolar dels pacients * Coordinació protocol·litzada amb servicis de salut i d'altres sistemes de protecció social.	* Entrevista * Gestiones * Observació * Visita domiciliària * Reunions de coordinació * Tècniques de grup * Sessions clíniques * Informe social * Registre	* Materials de difusió (díptics) * Targeta sanitària * Guia de recursos
Participar en la formulació, l'execució i l'avaluació de les polítiques de salut i socials des del punt de vista de la seua competència.	* Col·laboració en els projectes de planificació general de l'hospital. * Col·laboració en la creació de programes orientats als malalts/es amb patologies que comporten problemes de reinserció social. * Informació i assessorament als òrgans de govern dels aspectes socials. * Elaboració dels plans i programes i protocols propis de la UTSH. * Participació en els programes d'investigació per a l'estudi i anàlisi dels factors psicosocials que incidixen en la malaltia, i els aspectes metodològics del treball social sanitari. * Col·laboració en la formació permanent del personal sanitari. * Col·laboració en la formació dels alumnes de treball social. * Formació permanent dels professionals de la UTSH.	* Reunions interdisciplinàries * Cursos, seminaris.. * Recollida i explotació de dades * Avaluació * Observació * Registre	* Materials de difusió (díptics, cartells..) * Actes, reunions * Informes * Memòries * Projectes d'investigació * Articles científics

5) METODOLOGIA

5.1 CRITERIS I PROCEDIMENTS DE DERIVACIÓ

Les derivacions es realitzen dins o fora de l'hospital i els professionals que les realitzen tenen una formació diferent, un camp d'actuació i l'objectiu de la derivació és distint.

Quan l'àmbit d'actuació és l'hospital, hi ha una sèrie d'indicadors de risc que els professionals sanitaris han de conèixer i que marquen la derivació a la UTSH.

La coordinació i derivació es produïx sistemàticament entre el personal treballador socials i els servicis dels distints àmbits assistencials, tant dins del sistema sanitari com en altres sistemes de protecció social, a l'objecte de garantir l'adequada atenció (multifactorial) als pacients i la continuïtat assistencial que precisen.

Presentem a continuació els diferents aspectes de la derivació en una UTSH.

5.1.1 LA UTSH AMB L'EXTERIOR

La coordinació i derivació es produïx entre el personal treballador social d'atenció primària, d'unitats de suport i d'hospitals per a garantir l'adequada atenció als pacients i la continuïtat assistencial lineal.

Al mateix temps es coordina i es deriva als servicis d'altres sistemes de protecció social (servicis socials, seguretat social, educació, justícia....)

Quan un o una pacient que ja ha sigut atés en el seu medi per l'atenció primària, els servicis socials municipals o altres, acudix a l'hospital, es posa en marxa el circuit de coordinació. La demanda concreta respecte als pacients es fa en la UTSH amb caràcter d'urgència perquè s'efectue la intervenció social en l'hospital.

La UTSH realitzarà la valoració i establirà el pla d'intervenció adequat a les característiques del o de la pacient (problemàtica social, diagnòstic clínic, pronòstic, previsió de la duració del període d'hospitalització,...)

Durant la intervenció del personal treballador social (siga en urgències, consultes externes o hospitalització), la coordinació es farà de forma

bidireccional i contínua tant amb el servei demandant de la intervenció com amb els altres que siguen necessaris per a la resolució de la problemàtica.

La coordinació i la derivació del pacient des de l'hospital cap a un altre recurs o servei, es produïx, en general, de manera informal. Els protocols no estan generalitzats, exceptuat el procediment establert en l'Orde de 9 de març 2006, de la Conselleria de Sanitat i de la Conselleria de Benestar Social, per la qual s'implanta el "Full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors en l'àmbit de la Comunitat Valenciana".

L'informe social és l'instrument adequat que formalitza la coordinació i la derivació entre la UTSH i l'exterior.

Finalment afegir que els protocols d'intervenció que es presenten a continuació, contenen d'alguna manera les pautes de coordinació i derivació per a l'èxit dels objectius d'estos protocols.

5.1.2 LA UTSH EN L'HOSPITAL

No es pot deixar de mencionar que el sistema òptim de derivació interna a la UTSH consistix en la implantació del programa de planificació de l'alta, ja que amb les característiques de la dinàmica hospitalària (alt índex de rotació de llits, estades hospitalàries breus..) és important poder preveure l'alta sociosanitària des de l'ingrés, amb l'objectiu d'evitar les estades innecessàries, derivades d'una planificació incorrecta o tardana de l'alta, perquè el o la pacient puga precisar recursos sociosanitaris no previstos fins al moment de l'hospitalització però previsibles durant esta.

Este sistema de derivació consistix a detectar els casos socials potencials en l'ingrés i amb la màxima antelació possible, poder planificar l'alta d'aquells casos que, previsiblement, precisaran dels recursos sociosanitaris quan isquen de l'hospital.

Actualment les UTSH treballen "a demanda", és a dir, que el personal sanitari (mèdic i d'infermeria) és qui detecta un possible problema social i sol·licita la valoració i intervenció de la UTSH o bé a petició del propi malalt/a o de la seua família. En nombroses ocasions en el moment de l'alta mèdica.

La petició de valoració i intervenció a la UTSH es formalitza en alguns hospitals, a través del full d'interconsulta d'ús habitual entre els diferents serveis. En la història clínica informatitzada la derivació es realitza electrònicament.

Respecte als pacients adults, funcionen uns protocols que estableixen uns criteris de derivació a la UTSH com ara:

- ☐ Drogodependència
- ☐ Falta d'autonomia per a les activitats de la vida diària
- ☐ Ingress a soles
- ☐ No tindre domicili
- ☐ Major de 70 anys que viu a soles o amb cònjuge o cuidador/a d'edat semblant
- ☐ Viu a soles
- ☐ Malalt/a crònic/a
- ☐ Amb reingressos i la sospita de no seguir les pautes mèdiques
- ☐ Caiguda o fractura
- ☐ Malalt/a terminal
- ☐ Presència de deteriorament cognitiu o alteració mental

Respecte als menors i les dones embarassades, la derivació per part del personal sanitari cap a la UTSH, està establida a través del "Full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors en l'àmbit de la Comunitat Valenciana", en atenció a la detecció d'indicadors de risc en el o la menor (físics, d'abús sexual i/o de comportament/emocionals) i en la família del o de la menor (prenatals, perinatals i postnats).

Respecte a les dones víctimes de violència domèstica o de gènere, la derivació per part del personal sanitari cap a la UTSH està establida en el "Protocol per a l'atenció sanitària de la violència de gènere (PDA)", de la Conselleria de Sanitat (2008).

5.2 PROTOCOLS D'INTERVENCIÓ

Els protocols d'intervenció que s'aporten estan elaborats basant-se en el model de l'EFQM (*European Foundation for Quality Management*) i es presenten com a processos:

Un procés és el conjunt d'activitats interrelacionades entre si que, a partir d'una o unes quantes entrades de materials o informació, donen lloc a una o unes quantes eixides de materials o informació amb valor afegit.

Perquè un procés puga estandarditzar-se ha de tindre diverses condicions: ser repetitiu (que es puga aplicar a molts supòsits diferents), tindre diversos desenllaços i la confluència de diverses responsabilitats. L'estandardització dels processos es plasma en el fluxograma o diagrama de flux o diagrama de processos. El diagrama o esquema d'un procés de treball, és una imatge que visualitza la manera en què les persones exercixen el seu treball. Un procés és estandarditzable, però una intervenció mai no es pot estandarditzar.

Seguint el model de l'EFQM, els protocols que es presenten com a annexos, segueixen l'estructura següent: definició funcional, objectius, fluxograma, passos del procés, criteris d'actuació i normativa de referència.

5.2.1 PROTOCOLO BÀSIC D'INTERVENCIÓ

El treball social hospitalari ha de disposar d'un procés base que valga com a referent per a la seua intervenció. Serà aplicat per tot el personal treballador social, i seguirà uns criteris bàsics d'actuació, independentment de la problemàtica sociosanitària i el diagnòstic que presente el o la pacient. (PROTOCOL BASE UTSH I, II, III. Annex A)

5.2.2 PROTOCOLS ESPECÍFICS

L'existència dels protocols específics no està determinada per la patologia ni el seu grau de gravetat, ni per la pertinença del pacient a un col·lectiu o grup de població, sinó per la peculiaritat i/o complexitat de les intervencions que es realitzen des de la UTSH.

La particularitat dels protocols específics, està fonamentada en el compliment de la normativa vigent, l'obligatorietat de realitzar determinades actuacions i l'ús de documentació específica, diferent per als distints organismes amb què s'interrelaciona la UTSH (jutjats, servicis socials, Conselleria de Benestar Social...)

A continuació s'enumeren els distints protocols específics:

- A) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ AMB MENORS EN SITUACIÓ DE RISC
- B) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA ADOPCIÓ
- C) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE
- D) PROTOCOL DE LOCALITZACIÓ DE FAMILIARS PER EXITUS
- E) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA DONACIÓ D'ÒRGANS

- F) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN EL TRACTAMENT OBSERVAT DIRECTAMENT (TOD) AMB PACIENTS TUBERCULOSOS
- G) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN PRE- POST TRANSPLANTAMENTS
- H) PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE PRESUMPTES INCAPAÇOS

6) AVALUACIÓ

L'avaluació consistix a determinar si les accions realitzades, porten a la consecució de les metes fixades i s'ha de realitzar des del començament i a través de tot el procés, ja que d'esta manera es poden aclarir els objectius o establir la necessitat d'una reformulació quan s'hagen provocat canvis en la situació.

A l'avaluar es valora l'eficàcia de la intervenció de la UTSH tant en la funció assistencial com en la gestió de la pròpia unitat.

L'avaluació pot analitzar-se des d'una perspectiva:

– Quantitativa: té a veure amb el concepte d'avaluació com a mesurament i que en l'àmbit hospitalari, queda reflectit en l'explotació de dades arreplegades en els sistemes dels registre establits, en els quals es podrà quantificar els processos o intervencions, entre altres, pel tipus de procedència, pel servici de

procedència, per les problemàtiques detectades, pels recursos proposats, pel destí a l'alta, etc.

– Qualitativa: la gestió de la qualitat serà valorada a través de dimensions, com ara l'accessibilitat, la fiabilitat, la cortesia, l'atenció, la responsabilitat, la competència, l'agilitat i la rapidesa en la resposta, l'empatia, la fluïdesa en la comunicació, l'eficàcia, l'atmosfera de seguretat, la durabilitat dels resultats, etc.

7) BIBLIOGRAFIA

- Amezcúa, C. (1996). *“Evaluación de programas sociales”* Madrid. Díaz de Santos.
- Cabo C., Illa C., Soriano F., Vallina M^a L. (2000) “La identificación de procesos en la implantación de calidad total en el trabajo social hospitalario”. Colexio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Galicia. (pp. 243-249).
- Chang, R.Y. y Niedzwiecki, M.E. (1999) *“Las herramientas para la mejora de la calidad”* Vol.I y II. Buenos Aires. Granica.
- Coulshed, V. (1990) *“Management in Social Work”*. London. MacMillan.
- De Robertis C (1988) *“Metodología de la intervención en trabajo social”* Buenos Aires. El Ateneo.
- Galloway, D. (1998) *“Mejora continua de procesos”* Barcelona. Gestión 2000.
- Garcia, G.M. i Ramirez, J.M. (1996) *“Diseño y evaluación de proyectos sociales”* Zaragoza. Certeza.
- Gröönros, C. (1994) *“Marketing y gestión de servicios”* Madrid. Díaz de Santos.
- Illa C., Cabo C., Soriano F., Vallina M^a L. (2001) *“Informe Calidad Total en el Trabajo Social hospitalario”*. Document no publicat.
- Illa C., Cabo C., Soriano F., Vallina M^a L. (2001) “Aplicación del modelo de calidad total en una Unidad de Trabajo Social hospitalaria” *Revista de Trabajo Social y Salud*. Núm. 40. (pp: 269-288).
- INSALUD (2000) *“Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada”*. Ministeri de Sanitat i Consum.
- Ituarte, A. (1995) *“Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico”*. Madrid. Siglo XXI.
- Kisnerman, N. (1998) *“Pensar el trabajo social. Una introducción desde el construccionismo”* Buenos Aires. Lumen-Humanitas.
- Llorens, F.J. i Fuentes, M^a M (1999). *“Calidad total. Fundamentos e implantación”* Madrid. Pirámide.
- Mayo, A. i Lank, E. (2000) *“Las organizaciones que aprenden”* Barcelona. Gestión 2000.
- Membrado, J. (1999) *“La gestión empresarial a través del modelo europeo de excelencia de la E. F.Q.M.”* Madrid. Díaz de Santos.

- Payne, M. (1995) *“Teorías contemporáneas del trabajo social”* Barcelona. Paidós Ibérica.
- Rosander A.C. (1994) *“Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios”* Madrid. Díaz de Santos.
- VV.AA. (2000) *“Gestión del conocimiento”* Bilbao. Deusto.
- VV.AA. (1998) I Jornadas sobre Calidad y Servicios Sociales. Bilbao. Universitat de Deusto.
- VV.AA. (1999) II Jornadas sobre Calidad y Servicios Sociales. Bilbao. Universitat de Deusto.
- VV.AA. (2000) III Jornadas sobre Calidad y Servicios Sociales. Bilbao. Universitat de Deusto.
- VV.AA. Monográficos Trabajo Social y Salud. (2003). *Servicios Sociales y Política Social. Núm. 64 i 65.* Madrid.
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L. (1990) *“Calidad Total en la Gestión de Servicios”*. Madrid. Díaz de Santos

8) ANNEXOS

Els annexos estan constituïts pels protocols hospitalaris (bàsic i específics) que alhora inclouen els seus propis annexos:

- documents i models d'impresos que s'utilitzen actualment i poden ser útils com a referència per a l'activitat diària.
- relació de la legislació, una altra normativa i publicacions que condicionen determinats passos dels processos d'intervenció.

Relació de les UTSH que han aportat protocols d'ús en els seus centres hospitalaris de les tres províncies de la Comunitat Valenciana per al present treball:

- Consorci Hospital General Universitari de València.
- Consorci Hospitalari Provincial de Castelló
- Hospital de Sant Vicent del Raspeig
- Hospital de La Magdalena de Castelló
- Hospital Doctor Peset de València
- Hospital General de Requena.
- Hospital Universitari La Fe de València

ANNEX A

PROTOCOL BASE D'INTERVENCIÓ (I,II,III)

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

PROCESSOS CLAU DE LA UTSH.

La identificació dels principals processos de treball ens porta a determinar que hi ha un procés comú que anomenem procés base, amb tres graus de complexitat (I, II i III), que s'aplica per part de tot el personal de treball social de les UTSH, independentment de qualsevol circumstància sanitària o social (edat, patologia, situació socioeconòmica...) dels o les pacients que són atesos.

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüencials que es realitzen sempre i en eixe orde quan el personal de treball social actua amb una o un pacient usuari. Els destinataris d'este procés són qualsevol pacient o familiar que arribe a la UTSH amb una demanda.

El límit inicial del procés és la demanda de valoració/intervenció a la UTSH, i el límit final del procés és l'alta social, que es produïx quan a criteri del persona treballador social s'acaba el procés d'intervenció per resolució, abandó voluntari de la intervenció o per èxit.

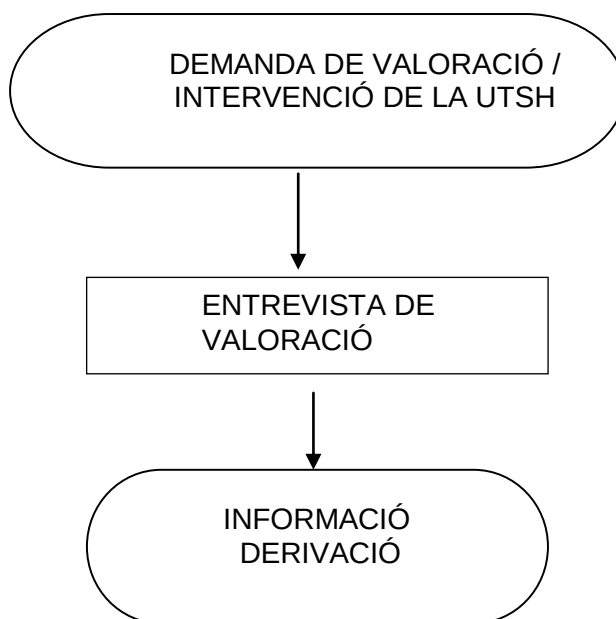
El propietari del procés és el personal treballador social de la UTSH responsable del servei mèdic d'on procedix el o la pacient.

ELS OBJECTIUS DEL PROCÉS

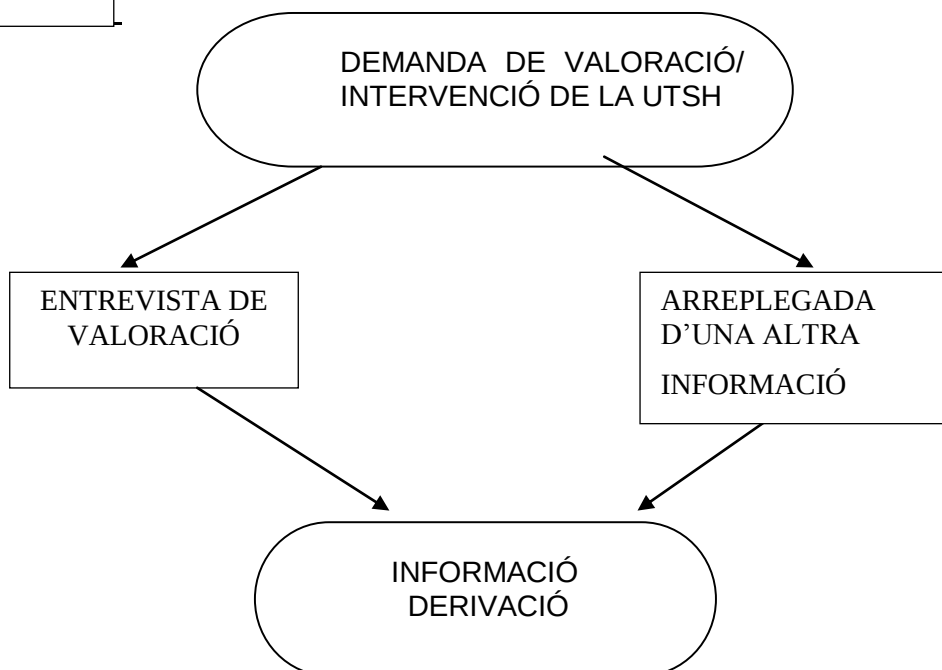
- Aportar els factors socials que intervenen en les situacions de salut/malaltia, a l'equip sanitari.
- Donar als pacients el suport psicosocial necessari perquè afronten els canvis que la malaltia puga ocasionar-los a ells o a les seues famílies.
- Contribuir perquè els pacients recuperen qualitat de vida.
- Assegurar la continuïtat de l'assistència sociosanitària a l'eixir de l'hospital.

DIAGRAMA DE FLUX

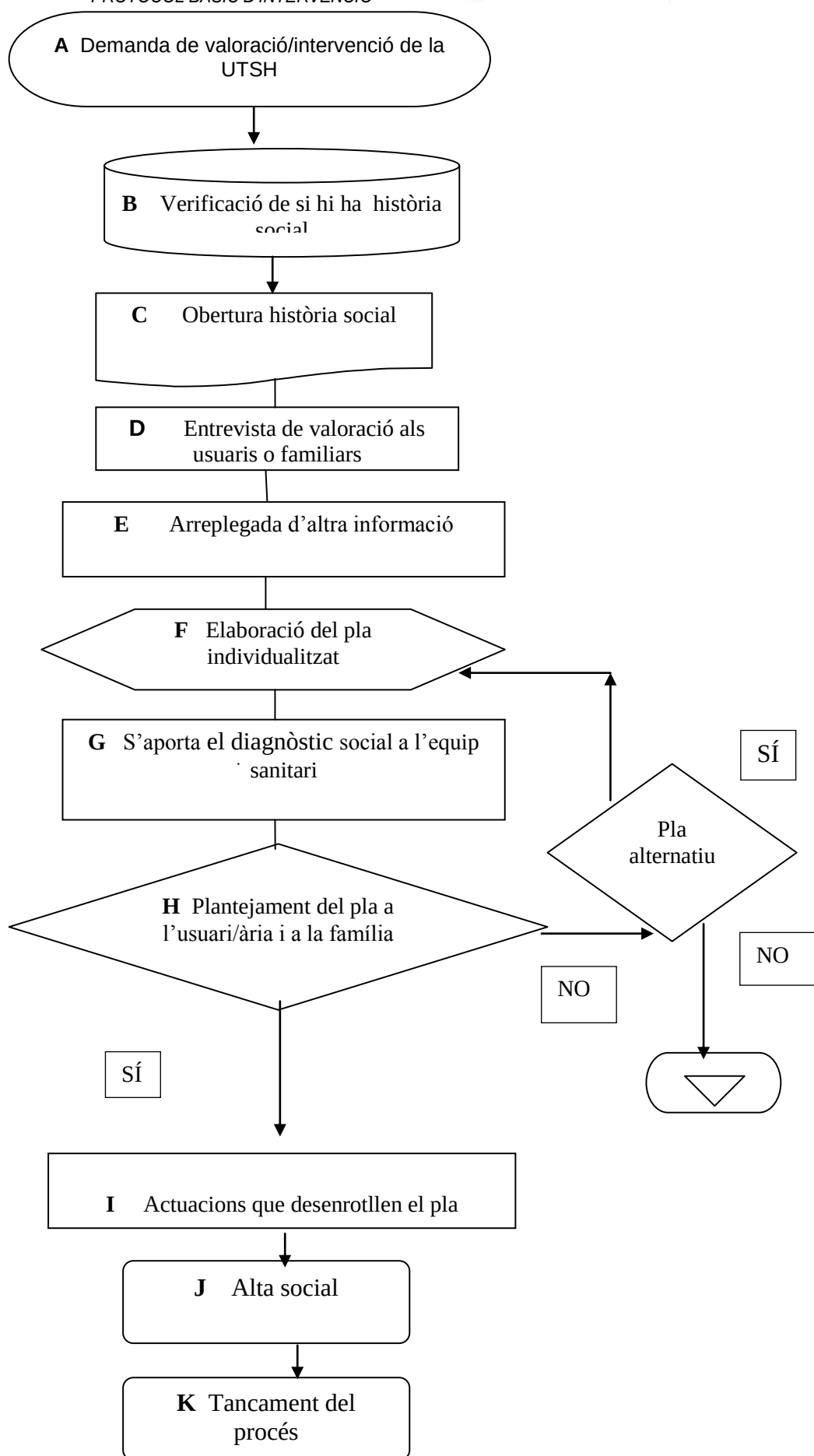
PROCÉS BASE I



PROCÉS BASE II



PROCÉS BASE III



PASSOS DEL PROCÉS BASE III

A. DEMANDA DE VALORACIÓ/INTERVENCIÓ A LA UTSH

La demanda de valoració/intervenció del personal treballador social pot ser sol·licitada per derivació externa, interna o per iniciativa pròpia del o la usuària.

Externa

Fonamentalment des de:

- Centres d'atenció primària de salut, (d'ara en d'avant CAP).
- Unitats de salut mental, (d'ara en d'avant USM).
- D'altres hospitals: d'aguts, de crònics.
- Centres municipals de servicis socials, (d'ara en d'avant CMSS).
- Centres d'atenció a persones sense sostre.
- Residències de tercera edat: públiques, privades...
- Centres penitenciaris.
- Servicis psicopedagògics.
- Servicis d'atenció a menors, tercera edat, dona. (Conselleria de Benestar Social).
- ONG: Càritas, Creu Roja...
- Associacions de Malalts: Comité Ciutadà Antisida, AVACOS, AMMCOVA, malalts ELA.....)
- Centre d'Informació i Prevenció de la SIDA,(en d'avant CIPS)

Interna

- Unitats d'hospitalització.
- Urgències.
- Consultes externes.
- Hospitals de dia.
- Unitat d'hospitalització domiciliària, (d'ara en avant UHD).
- Servici d'atenció i informació al pacient, (d'ara en avant SAIP).
- Direccions de l'hospital.

Iniciativa pròpia del/de la usuari/ària

- Coneixement del servici amb anterioritat.
- Pressuposa l'existència del servici.

- Guia de l'usuari/ària.
- Boca a boca d'altres pacients.

B. VERIFICACIÓ SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL

S'ha de buscar en la base de dades si hi ha història social, oberta d'intervencions anteriors. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través de la història social anterior, en cas d'haver-ne.

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

Si hi ha història social anterior es trau de l'arxiu i s'obri un nou procés d'intervenció social on s'enregistrarà la informació pertinent.

D. ENTREVISTA DE VALORACIÓ A L'USUARI/ÀRIA O FAMILIAR

Es realitza una primera entrevista en sala, urgències, consulta externa o despatx.

Es proporciona el suport psicosocial a través d'escoltar:

- S'identifiquen els problemes.
- Se suggerixen solucions.
- Es proposen recursos.
- Es consensua el pla o una part del pla

E. RECOLLIDA D'UNA ALTRA INFORMACIÓ

Es fa simultàniament durant l'entrevista o posteriorment. Consistix a contactar amb algun membre de l'equip sanitari per a informar-se sobre el diagnòstic, pronòstic, tractament, previsió d'alta, grau d'autonomia per a les activitats de la vida diària... amb les organitzacions de l'exterior (servicis socials, de salut.), amb familiars i/o coneguts del/de la pacient.

F. ELABORACIÓ DE PLA INDIVIDUALITZAT

D'acord amb la valoració professional, s'elabora una proposta d'intervenció que facilite una alta o un tractament extrahospitalari adequat :

- amb proposició de recursos o no.
- reforçant actituds, decisions...
- reduint les ansietats,

- fent una previsió dels possibles problemes nous, d'acord amb els diagnòstics determinats tant mèdics com socials.

G. S'APORTA EL DIAGNÒSTIC SOCIAL A L'EQUIP SANITARI

El qual pot variar el pla terapèutic i permet consensuar amb l'equip sanitari l'alta o el tractament extrahospitalari: com, quan, on, amb qui...

H. ES PRESENTA EL PLA A L'USUARI/ÀRIA O A LA FAMÍLIA

El qual pot ser acceptat o rebutjat, pot revisar-se o proposar-se alternatives, en cas d'haver-ne (un nou pla).

I. ACTUACIONS QUE DESENROTLEN EL PLA

- Gestions/tramitacions per a l'obtenció de recursos: intrahospitalari, (per exemple préstec de llit articulat, petició d'informe mèdic...) extrahospitalari (com ara servicis d'ajuda a domicili, pensions no contributives, etc. En algunes ocasions el personal treballador social realitza les gestions, en altres orienta el pacient o el familiar, o delega en els professional (generalment treballadors socials dels servicis socials o d'altres organismes).
- Elaboració d'informe social, si cal.

J. ALTA SOCIAL

Quan a criteri del personal treballador social s'acaba el procés d'intervenció per resolució, abandó voluntari de la intervenció o per èxit.

SENSE SEGUIMENT:

- Quan el personal treballador social no ho considera necessari.
- Quan hi ha garanties de seguiment per part de la família i/o dels servicis socials, centre de salut...
- Perquè el/la pacient ho rebutja.

AMB SEGUIMENT:

Es dóna una pseudotutela per part del personal treballador social quan ningú no es responsabilitza i/o queden gestions pendents (per exemple se'n va a un centre residencial).

K. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del personal treballador social al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés quan este finalitze.

CRITERIS D'ACTUACIÓ

- * Respectar al màxim la privacitat en les entrevistes.
- * Que els pacients siguen conscient de la seua realitat.
- * Que els pacients siguen protagonistes de la resolució dels seus problemes.
- * Clarificar les característiques d'un hospital d'aguts, amb el reconeixement de recursos intermedis (per exemple centres de convallescència) o facilitadors de la recuperació en el domicili.
- * Utilitzar estratègies agilitzadores per a l'obtenció de recursos extrahospitalaris tant del sistema sanitari com del de servicis socials.
- * Cuidar al cuidador/a.
- * Procurar fer coincidir l'alta mèdica i l'alta social.

annex **a.1**NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2001. "Proceso Base (I,II,III). (Document no publicat)
- Illa C., Cabo C., Soriano F., Vallina M^a L. (2001) "Aplicación del modelo de calidad total en una Unidad de Trabajo Social Hospitalaria " *Revista de Trabajo Social y Salud*. Núm. 40. (pp: 269-288).

ANNEX B

**PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE MENORS EN
SITUACIÓ DE RISC**

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

INTRODUCCIÓ

En alguns casos de maltractaments, donades les seues característiques, com per exemple quan hi ha presència de lesions internes o poc visibles, només es poden detectar en l'àmbit sanitari.

L'àmbit sanitari és un lloc privilegiat per a la detecció dels maltractaments en xiquets i xiquetes menors de cinc anys o en aquells que quasi no tenen contacte amb els altres membres de la comunitat.

Detectar i notificar els casos és una obligació legal i moral del personal de l'àmbit sanitari.

Només si es detecten i notifiquen els casos de maltractaments, és possible intervindre i previndre les seqüeles físiques i socioemocionals més grans en els xiquets i les xiquetes.

Qualsevol actuació per part dels professionals ha d'anar encaminada a garantir l'interés i benestar dels menors.

Definició de maltractament infantil

Qualsevol acció no accidental que comporta abús (emocional, físic o sexual) o descuit (emocional o físic) cap a un o una menor de 18 anys, realitzada pel seu progenitor/a o cuidador/a principal, o per una altra persona o per qualsevol institució, i que amenaça el desenrotllament adequat del xiquet o la xiqueta.

Definició de situació de risc

Aquella que, per circumstàncies personals, interpersonals o de l'entorn, ocasiona un perjudici per al desenrotllament i el benestar personal i social del o de la menor, sense que siga necessària l'assumpció de la tutela pel ministeri de la llei per a adoptar les mesures encaminades a la seua correcció. Estes situacions es caracteritzen per l'existència d'un perjudici per al menor que no té la gravetat suficient per a justificar la seua separació del nucli familiar.

Definició de situació de desemparament

La que es produïx de fet a causa de l'incompliment, o de l'impossible o inadequat exercici dels deures de protecció establits per les lleis per a la

guarda de menors, quan estos queden privats de la necessària assistència moral o material. Estos casos es caracteritzen perquè la gravetat dels fets aconsella la separació del o de la menor de la família.

La Generalitat, com a persona jurídicopública, és qui assumix les potestats i facultats de protecció dels menors a la Comunitat Valenciana..

La Conselleria de Benestar Social exercix, entre altres, les competències relatives a menors, a través de la Direcció General de la Família, Menor i Adopcions.

Davant d'una situació de desprotecció social, l'administració pública pot aplicar una sèrie de mesures de protecció:

L'ajuda o suport familiar en situacions de risc.

La guarda del o de la menor

- a través de l'acolliment residencial en un centre de protecció de menors.
- o d'acolliment familiar (convivència del o de la menor amb una altra família) simple, permanent o preadoptiva. L'assumpció de la tutela pel ministeri de la llei.

Concepte de gravetat

Fa referència a la intensitat o severitat del dany patit pel o per la menor en una situació d'abandó o abús, a la dimensió de la lesió o de la negligència exercida contra el xiquet o la xiqueta i les conseqüències visibles en ells.

S'han de prendre en consideració els factors següents: tipus de dany, localització de la lesió i nivell de vulnerabilitat del xiquet o la xiqueta.

Concepte de risc

Indica la probabilitat que una situació o incident de desprotecció i dany cap al menor ocorrega o torne a ocórrer, i que puga posar en perill el desenrotllament integral del o de la menor.

Per a valorar el nivell de risc es consideraran els factors següents: freqüència, característiques de comportament dels pares i del xiquet o la xiqueta i els recursos familiars per a protegir-los.

Classificació de la situació segons la seua gravetat o risc:

- Inexistència de maltractament

- Risc de maltractament
- Urgència (que ve determinada per la valoració d'aquelles situacions que poden constituir un perill imminent per a la salut i vida del xiquet o la xiqueta).

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüenciades que es realitzen sempre i en eixe orde quan la UTSH actua davant de la detecció d'un o una menor en situació de risc, desprotecció o maltractament.

Els destinataris del procés són qualsevol menor hospitalitzat o atés en consultes externes o servici d'urgències sobre el qual hi haja la sospita de risc, desprotecció o maltractament, detectat per qualsevol professional del centre hospitalari.

El límit inicial és després de la detecció, la petició de valoració/intervenció de la UTSH.

El límit final és l'adopció de les mesures oportunes segons cada cas.

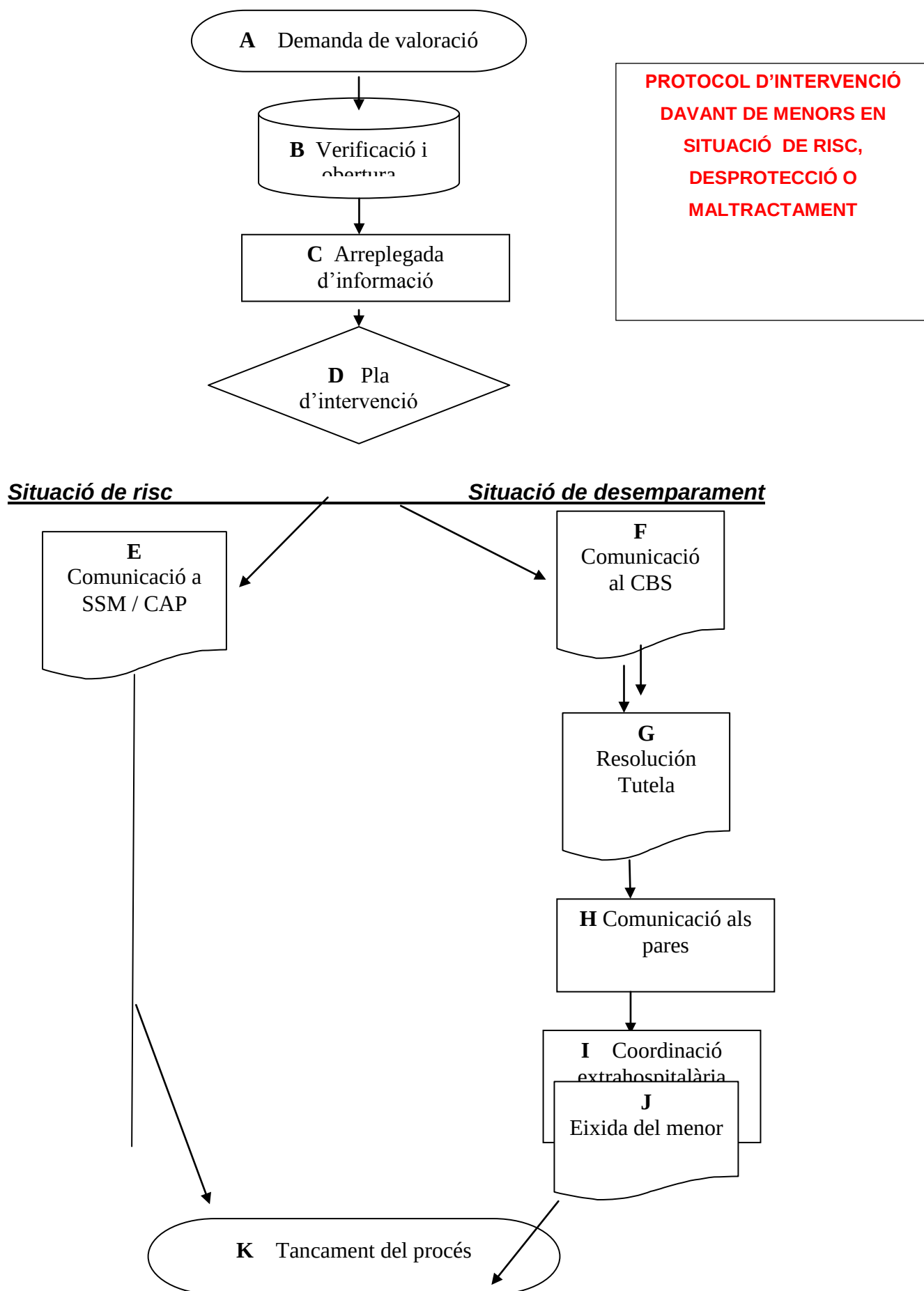
El propietari del procés és el personal treballador social responsable de l'àrea maternoinfantil o, si no n'hi ha, qui el substituïska.

OBJECTIUS DEL PROCÉS

Detecció de qualsevol menor en situació de risc, desprotecció o maltractament atés en el nostre centre hospitalari.

Actuació com a centre sanitari, a través de la coordinació adequada amb els organismes competents, per a aconseguir la protecció d'eixe menor, i vetlar per la seua seguretat i benestar.

DIAGRAMA DE FLUX



PASSOS DEL PROCÉS.

A) DEMANDA DE VALORACIÓ

Davant de la sospita o evidència de risc, desprotecció o maltractament per part tant del personal sanitari, com d'algun familiar del menor, d'algun organisme de fora de l'hospital, etc.

La UTSH rebrà del personal sanitari (pediatres, obstetres, personal d'infermeria, comares...) el full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors (annex b.1). Els indicadors (físics, de comportament del o la menor, o la família o d'abús sexual) estan relacionats en el llistat del full de notificació. (annex b.2).

B) VERIFICACIÓ I OBERTURA DEL PROCÉS

El personal treballador social verificarà si hi ha història social del o la menor o d'algun familiar i, si no n'hi ha, obrirà el procés d'intervenció social enregistrant la informació pertinent.

C) ARREPLEGADA DE LA INFORMACIÓ

El personal treballador social demanarà tota la informació possible (del personal mèdic, d'infermeria, de la família, del centre de salut, dels servicis socials, del centre escolar, etc.)

D) PLA D'INTERVENCIÓ

El personal treballador social realitzarà el diagnòstic social i establirà el pla d'intervenció.

En funció de la gravetat dels fets informarà de la situació detectada a l'organisme competent.

E) COMUNICACIÓ ALS SERVICIS SOCIALS MUNICIPALS, CENTRES DE SALUT

Si s'aprecia una **situació de risc** remetrà el full de notificació (annex a.1) al CMSS i/o CAP corresponent i establirà la coordinació amb estos centres per al seguiment del o la menor en el seu medi habitual.

F) COMUNICACIÓ A LA CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

Si s'aprecia una **situació de desemparament** serà remesa per fax, prèviament s'haurà de registrar d'eixida la documentació (registre general de l'hospital), la comunicació o l'informe social sobre el o la menor, junt amb l'informe mèdic i el full de notificació a la Direcció Territorial de Servicis Socials de la Conselleria de Benestar Social, Secció del Menor i s'establirà la coordinació amb este servici.

Si el o la menor està ingressat/da, en la comunicació es farà la petició de retenció hospitalària, així com de les mesures de protecció, si fóra procedent.

G) RESOLUCIÓN DE LA TUTELA

Recepció de la resolució per fax per part de la CBS, tutela i retenció hospitalària, i es deixarà la còpia en la:

Història clínica.

Història social.

Direcció de l'hospital.

En aquells casos de risc per al o la menor o per al personal del centre es disposarà del servici de seguretat de l'hospital per a adoptar les mesures que calguen.

H) COMUNICACIÓN ALS PARES

Comunicació per part de l'equip multidisciplinari (pediatres, infermeria i personal treballador social) als pares del o la menor de la notificació de tutela i retenció per part de la CBS, remissió a la Secció del menor amb cita prèvia als seus pares.

I) COORDINACIÓ EXTRAHOSPITALÀRIA

Contacte telefònic periòdic amb el personal tècnic responsable del cas, de la CBS sobre l'evolució del xiquet o la xiqueta, previsió d'alta, actitud dels pares i familiars, etc.

J) EIXIDA DEL/LA MENOR

L'eixida del menor, una vegada donada l'alta mèdica, es farà amb la presència del personal tècnic de la CBS encarregat de retirar al menor del centre hospitalari amb l'ofici corresponent, còpia del qual quedarà en les històries clínica i social i en la direcció de l'hospital.

Recepció a posteriori de les ordres, amb número de registre de la CBS, les quals seran arxivades en la història social.

K) TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del personal treballador social al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, quan este acabe.

annex b.1

 GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANEDAT CONSELLERIA DE PROTECCIÓ SOCIAL		FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIOSANITARIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENORS HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES										
A DADES D'IDENTIFICACIÓ DEL/LA MENOR / DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/LA MENOR												
NOM / NOMBRE			COGNOMS / APELLIDOS				HOME / HOMBRE ☐		DONA / MUJER ☐		DATA DE NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO ____/____/____	
ADREÇA / DOMICILIO				LOCALITAT / LOCALIDAD				CP				
TELÈFON 1 / TELÉFONO 1				TELÈFON 2 / TELÉFONO 2				SP ____/____/____				
DADES DE LA MARE, PARE O PERSONA RESPONSABLE DATOS DE LA MADRE, PADRE O PERSONA RESPONSABLE						MÉS INFORMACIÓ D'INTERÉS OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS						
B INDICADORS I FACTORS DE RISC OBSERVATS / INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS												
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
ALTRES INDICADORS O COMENTARIS / OTROS INDICADORES O COMENTARIOS												
SOSPIÇA ☐ EVIDÈNCIA ☐ OBSERVACIÓ AÏLLADA ☐ OBSERVACIÓ REITERADA ☐ SOSPECHA EVIDENCIA OBSERVACIÓN AISLADA OBSERVACIÓN REITERADA												
C ACTUACIONS PREVIES REALITZADES / ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS												
S'ha informat a la família d'esta notificació ☐ SI Se ha informado a la familia de esta notificación ☐ NO Per què? ¿Por qué?												
D SOL·LICITUT D'ACTUACIONS / SOLICITUD DE ACTUACIONES												
NOTIFICACIÓ DIRIGIDA A / NOTIFICACIÓN DIRIGIDA A:												
ACTUACIONS SOL·LICITADES / ACTUACIONES SOLICITADAS:												
E DADES DE LA NOTIFICACIÓ / DATOS DE LA NOTIFICACIÓN												
DATA DE LA NOTIFICACIÓ FECHA NOTIFICACIÓN ____/____/____		ÀMBIT QUE NOTIFICA / ÁMBITO QUE NOTIFICA A P ☐ Hospital ☐ Altres: Cònsul: _____				ADREÇA DEL CENTRE / DOMICILIO DEL CENTRO LOCALITAT / LOCALIDAD TEL / FAX: _____						
PROFESIONAL / PROFESIONAL Mèdic-Pediatra ☐ General-Infant ☐ Treball Social ☐ Psicòleg ☐ Médico-Pediatra Matrona-Infant T. Social Psicólogo						PERSONA QUE NOTIFICA / PERSONA QUE NOTIFICA (Opcional: nom, cognom... / Opcional: nombre, cognom...)						

DOGV – Núm. 5.250 03 05 2006 14985 Full / Hoja 3 de 4

**FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA INFANTIL I
LA PROTECCIÓ DE MENORS/ HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA
ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE
MENORES**

A ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN
(CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

LOCALITAT / LOCALIDAD

DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO

Home/ Hombre

Dona/ Mujer

CP

DADES D' IDENTIFICACIÓ DEL/DE LA MENOR / DATOS DE
IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA MENOR

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1 TELÈFON 2 / TELÉFONO 2

SIP

DADES DE LA MARE/PARE O PERSONA RESPONSABLE / DATOS DE LA
MADRE/PADRE O PERSONA RESPONSABLE

MÉS INFORMACIÓ D'INTERÉS / MÁS INFORMACIÓN DE INTERÉS

ALTRES INDICADORS O COMENTARIS / OTROS INDICADORES O
COMENTARIOS

Sospita/ Sospecha

Evidència/ Evidencia

Observació aïllada/ Observación aislada

Observació reiterada/ Observación reiterada

B INDICADORS I FACTORS DE RISC OBSERVATS / INDICADORES Y
FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS

C ACTUACIONS PRÈVIES REALITZADES / ACTUACIONES PREVIAS
REALIZADAS

S'ha informat la família d'esta notificació?/ ¿Se ha informado a la familia de esta notificación?: SÍ NO

D SOL·LICITUD D' ACTUACIONS / SOLICITUD DE ACTUACIONES
NOTIFICACIÓ DIRIGIDA A / NOTIFICACIÓN DIRIGIDA A
ACTUACIONS SOL·LICITADES / ACTUACIONES SOLICITADAS

E DADES DE LA NOTIFICACIÓ / DATOS DE LA NOTIFICACIÓN
DATA DE LA NOTIFICACIÓ / FECHA DE LA NOTIFICACIÓN
ÀMBIT QUE NOTIFICA / ÁMBITO QUE NOTIFICA

AP

Altres / Otros

Hospital / Hospital

ADREÇA DEL CENTRE / DOMICILIO DEL CENTRO

LOCALITAT / LOCALIDAD

TEL / FAX

PROFESSIONAL INFORMANT / PROFESIONAL INFORMANTE

Metge/pediatre / Médico/Pediatra

Comare-infermera / Matrona/Enfermera

Psicòleg/Psicólogo

Treballador social / T. Social

PERSONA QUE NOTIFICA / PERSONA QUE NOTIFICA

(Opcional: nom, col·legiat... / Opcional: nombre, colegiado....)

annex b.1.

 GENERALITAT VALENCIANA	FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENORS HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES		Full Hoja 2 de 4
INDICADORS / INDICADORES			
EN ELS MENORS RISCS	EN LOS MENORES RISCOS	EN LA FAMILIA DEL MENOR O MENORS (PRENATALES, PERINATALES I POSTNATALES)	EN LA FAMILIA DEL MENOR O MENORS (PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES)
1 Lesions internes, abdominals 2 Fractures múltiples, en diferents estats de cicatrització 3 Ferides, magalutons, mordedures 4 Cremades, tall, punxades 5 Síndrome del xiquet sacat 6 Accidents estranyes 7 Persistència inexplicable de malalties 8 Necessitats mèdiques no ateses 9 Ingressos múltiples en hospitals 10 Intoxicacions 11 Síndrome d'abstinència 12 Retard en el desenvolupament (pes, estatura, llenguatge...) 13 Higiene escassa 14 Vestimenta inadequada 15 Desnutrició, deshidratació 16 Cansament o apatia permanent 17 Crani aplanat, alopecia per postura prolongada	1 Lesiones internas, abdominales 2 Fracturas múltiples, en diferentes estados de cicatrización 3 Heridas, magulladuras, mordeduras 4 Quemaduras, cortes, pinchazos 5 Síndrome del niño zarandeado 6 Accidentes extraños 7 Persistencia inexplicable de enfermedades 8 Necesidades médicas no atendidas 9 Ingresos múltiples en hospitales 10 Intoxicaciones 11 Síndrome de abstinencia 12 Retraso en el desarrollo (peso, estatura, lenguaje...) 13 Escasa higiene 14 Vestimenta inadecuada 15 Desnutrición, deshidratación 16 Cansancio o apatía permanente 17 Cráneo aplanado, alopecia por postura prolongada	33 Falta de control médico durante el embarazo (menos de 5 visitas) 34 Embarazo no deseado: solicitud de aborto, adopción... 35 Ausencia de cobertura sanitaria 36 Monoparentalidad i falta de suport sociofamiliar 37 Situació econòmica precària: desajustament, pobresa, marginació... 38 Problemes de vivenda: carència, condicions deficientes 39 Negativa a què se facen visites domiciliàries 40 Aspecte descuidat, deixat i falta d'higiene en els pares 41 Pares molt joves o immadurs 42 Algun dels pares patix una malaltia mental 43 Els pares abusen de drogues o alcohol 44 Dificultats de comprensió en els pares 45 Ludopatia en els pares 46 Antecedents de negligència o maltractament amb altres fills o filles 47 Violència familiar o domèstica 48 Els pares no acudien quan són citats 49 Canvis habituals d'hospital, de centre de salut... 50 Comportament conflictiu durant les visites mèdiques	33 Falta de control médico durante el embarazo (menos de 5 visitas) 34 Embarazo no deseado: solicitud de aborto, adopción... 35 Ausencia de cobertura sanitaria 36 Monoparentalidad y falta de apoyo sociofamiliar 37 Situación económica precaria: desajuste, pobreza, marginación... 38 Problemas de vivienda: carencia, condiciones deficientes 39 Negativa a que se realicen visitas domiciliarias 40 Aspecto descuidado, dejado y falta de higiene en los padres 41 Padres muy jóvenes o inmaduros 42 Alguno de los padres padece una enfermedad mental 43 Los padres abusan de drogas o alcohol 44 Dificultades de comprensión en los padres 45 Ludopatía en los padres 46 Antecedentes de negligencia o maltrato con otros hijos/as 47 Violencia familiar o doméstica 48 Los padres no acuden cuando son citados 49 Cambios habituales de hospital, centro de salud... 50 Comportamiento conflictivo durante las visitas médicas
D'ABÚS SEXUAL	DE ABUSO SEXUAL		
18 Contusions, sagnat en els genitals externs, zona vaginal o anal 19 Malaltia venèrea 20 Restes de semen en boca, genitals o roba 21 Ejaculació i diàlisi anal 22 Clorís o vulva inflada o roja 23 Dificultat per a caminar o assestar-se 24 Dolor o picor en la zona genital 25 Himen perforat o sagnat 26 Lesions en el penis o l'escrot	18 Contusiones, sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal 19 Enfermedad venérea 20 Restas de semen en boca, genitales o ropa 21 Ejaculación y diálisis anal 22 Clorís o vulva hinchada o roja 23 Dificultad para andar o sentarse 24 Dolor o picor en zona genital 25 Himen perforado o sangrado 26 Lesiones en el pene o escroto	51 En l'ingrés hospitalari del fill o la filla, no el visiten o la visiten poc 52 No donen importància a la situació detectada 53 Intenent ocultar els indicadors físics del menor o el causant 54 No donen explicacions convincentes i congruents 55 No controlen el comportament del xiquet/a en les visites mèdiques 56 Disciplina massa rígida i autoritària 57 Pareix que no es preocupen del menor 58 No presten atenció al menor 59 Són extremadament protectors del o de la menor 60 Eludixen les responsabilitats parentals o abandonen el xiquet/a 61 Usen el menor en tasques impropies de l'edat 62 Tienen una imatge molt negativa del o de la menor 63 Expectatives no realistes sobre ell/a menor	51 En ingreso hospitalario del hijo/a, no lo visitan suficientemente 52 No dan importancia a la situación detectada 53 Intentan ocultar los indicadores físicos del menor o al causante 54 No dan explicaciones convincentes y congruentes 55 No controlan el comportamiento del niño/a en las visitas médicas 56 Disciplina demasiado rígida y autoritaria 57 Parecen no preocuparse por el/a menor 58 No prestan atención al menor 59 Son extremadamente protectores de/a menor 60 Eluden sus responsabilidades parentales o abandonan al niño/a 61 Usan al menor en tareas impropias de su edad 62 Tienen una imagen muy negativa de/a menor 63 Expectativas no realistas sobre el/a menor
COMPORTAMENTALS I EMOCIONALS	COMPORTAMENTALES I EMOCIONALES		
27 Manifesta que no el cuiden o que ell/a maltracten 28 Trastorns d'alimentació, del son o de control d'esfínters 29 Manifesta dolors freqüents sense causa aparent 30 Establix relacions distants o hostils 31 No vol anar-se'n a casa o estar amb els seus pares 32 Intent de suïcidi	27 Manifiesta que no le cuidan o maltratan 28 Trastornos de alimentación, sueño o control de esfínteres 29 Manifesta dolores frecuentes sin causa aparente 30 Establece relaciones distantes u hostiles 31 No quiere irse a casa o estar con sus padres 32 Intento de suicidio	64 Menyspreu, rebutgen o culpen ell/a menor 65 No manifesten afecte pel o per la menor 66 Excessive ansietat davant de la criança	64 Desprecian, rechazan o culpan a el/a menor 65 No manifiestan afecto hacia el/a menor 66 Excesiva ansiedad ante la crianza

annex **b.1.****14984 03 05 2006 DOGV – Núm. 5.250** Full / Hoja 2 de 4**FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENOR / FULL DE NOTIFICACIÓ PER A L'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA INFANTIL I LA PROTECCIÓ DE MENORS****INDICADORS FÍSICS**

- 1 Lesions internes, abdominals
- 2 Fractures múltiples, en diferents estats de cicatrització
- 3 Ferides, magolaments, mossos
- 4 Cremades, talls, punxades
- 5 Síndrome del xiquet sacsàt
- 6 Accidents estranys
- 7 Persistència inexplicable de malalties
- 8 Necessitats mèdiques no ateses
- 9 Ingressos múltiples en hospitals
- 10 Intoxicacions
- 11 Síndrome d'abstinència
- 12 Retard en el desenvolupament (pes, estatura, llenguatge...)
- 13 Higiene escassa
- 14 Vestimenta inadequada
- 15 Desnutrició, deshidratació
- 16 Cansament o apatia permanent
- 17 Crani aplanat, alopecia per postura prolongada

INDICADORES FÍSICOS

- 1 Lesiones internas, abdominales
- 2 Fracturas múltiples, en diferentes estados de cicatrización
- 3 Heridas, magulladuras, mordeduras
- 4 Quemaduras, cortes, pinchazos
- 5 Síndrome del niño zarandeado
- 6 Accidentes extraños

- 7 Persistencia inexplicable de enfermedades
- 8 Necesidades médicas no atendidas
- 9 Ingresos múltiples en hospitales
- 10 Intoxicaciones
- 11 Síndrome de abstinencia
- 12 Retraso en el desarrollo (peso, estatura, lenguaje...)
- 13 Escasa higiene
- 14 Vestimenta inadecuada
- 15 Desnutrición, deshidratación
- 16 Cansancio o apatía permanente
- 17 Cráneo aplanado, alopecia por postura prolongada

EN ELS MENORS D'ABÚS SEXUAL

- 18 Contusions, sagnat en els genitals externs, zona vaginal o anal
- 19 Malaltia venèria
- 20 Restes de semen en la boca, genitals o roba
- 21 Esgarros i dilatació anal
- 22 Cèrvix o vulva unflada o roja
- 23 Dificultat per a caminar o asseure's
- 24 Dolor o picor en la zona genital
- 25 Himen perforat o esgarrat
- 26 Lesions en el penis o l'escrot

EN LOS MENORES DE ABUSO SEXUAL

- 18 Contusiones, sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal
- 19 Enfermedad venérea
- 20 Restos de semen en boca, genitales o ropa
- 21 Desgarros y dilatación anal
- 22 Cérvix o vulva hinchada o roja
- 23 Dificultad para andar o sentarse
- 24 Dolor o picor en zona genital
- 25 Himen perforado o rasgado
- 26 Lesiones en el pene o escroto

DE COMPORTAMENT I EMOCIONALS

- 27 Manifesta que no el cuiden o que el/la maltracten
- 28 Trastorns d'alimentació, del son o del control dels esfínters
- 29 Manifesta dolors freqüents sense causa aparent
- 30 Establix relacions distants o hostils
- 31 No vol anar-se'n a casa o estar amb els seus pares
- 32 Intent de suïcidi

COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES

- 27 Manifiesta que no le cuidan o maltratan
- 28 Trastornos de alimentación, sueño o control de esfínteres
- 29 Manifiesta dolores frecuentes sin causa aparente
- 30 Establece relaciones distantes u hostiles
- 31 No quiere irse a casa o estar con sus padres
- 32 Intento de suicidio

EN LA FAMILIA DEL MENOR O MENORS

(PRENATALS, PERINATALS I POSTNATALS)

- 33 Falta de control mèdic durant l'embaràs (menys de 5 visites)
- 34 Embaràs no desitjat: sol·licitud d'avortament, adopció...
- 35 Absència de cobertura sanitària
- 36 Monoparentalitat i falta de suport sociofamiliar
- 37 Situació econòmica precària: desarrelament, pobresa, marginació...
- 38 Problemes de vivenda: carència, condicions deficientes
- 39 Negativa a què es facen visites domiciliàries
- 40 Aspecte descuidat, deixat i falta d'higiene en els pares
- 41 Pares molt joves o immadurs
- 42 Algun dels pares patix una malaltia mental
- 43 Els pares abusen de drogues o alcohol
- 44 Dificultats de comprensió en els pares
- 45 Ludopatia en els pares
- 46 Antecedents de negligència o maltractament amb altres fills o filles
- 47 Violència familiar o domèstica

- 48 Els pares no acudixen quan són citats
- 49 Canvis habituals d'hospital, de centre de salut...
- 50 Comportament conflictiu durant els visites mèdiques
- 51 En l'ingrés hospitalari del fill o la filla, no els visiten o ho fan poc
- 52 No donen importància a la situació detectada
- 53 Intenten ocultar els indicadors físics del menor o el causant
- 54 No donen explicacions convincent i congruents
- 55 No controlen el comportament del xiquet o la xiqueta en els visites mèdiques
- 56 Disciplina massa rígida i autoritària
- 57 Pareix que no és preocupen del menor
- 58 No presten atenció al menor
- 59 Són extremadament protectors del o de la menor
- 60 Eludixen els responsabilitats parentals o abandonen el xiquet o la xiqueta
- 61 Usen el menor en tasques impròpies de l'edat
- 62 Tenen una imatge molt negativa del o de la menor
- 63 Expectatives no realistes sobre el/la menor
- 64 Menyspreen, rebutgen o culpen el/la menor
- 65 No manifesten afecte pel o per la menor
- 66 Excessiva ansietat davant de la criança

EN LA FAMILIA DEL MENOR O MENORES

(PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES)

- 33 Falta de control médico durante el embarazo (menos de 5 visitas)
- 34 Embarazo no deseado: solicitud de aborto, adopción...
- 35 Ausencia de cobertura sanitaria
- 36 Monoparentalidad y falta de apoyo sociofamiliar
- 37 Situación económica precaria: desarraigo, pobreza, marginación...
- 38 Problemas de vivienda: carencia, condiciones deficientes
- 39 Negativa a que se realicen visitas domiciliarias
- 40 Aspecto descuidado, dejado y falta de higiene en los padres
- 41 Padres muy jóvenes o inmaduros
- 42 Alguno de los padres padece una enfermedad mental
- 43 Los padres abusan de drogas o alcohol

- 44 Dificultades de comprensió en los padres
- 45 Ludopatía en los padres
- 46 Antecedentes de negligencia o maltrato con otros hijos/as
- 47 Violencia familiar o doméstica
- 48 Los padres no acuden cuando son citados
- 49 Cambios habituales de hospital, centro de salud...
- 50 Comportamiento conflictivo durante las visitas médicas
- 51 En ingreso hospitalario del hijo/a, no lo visitan suficientemente
- 52 No dan importancia a la situación detectada
- 53 Intentan ocultar los indicadores físicos del menor o al causante
- 54 No dan explicaciones convincentes y congruentes
- 55 No controlan el comportamiento del niño/a en las visitas médicas
- 56 Disciplina demasiado rígida y autoritaria
- 57 Parecen no preocuparse por el/la menor
- 58 No prestan atención al menor
- 59 Son extremadamente protectores del/la menor
- 60 Eluden sus responsabilidades parentales o abandonan al niño/a
- 61 Utilizan al menor en tareas impropias de su edad
- 62 Tienen una imagen muy negativa del/la menor
- 63 Expectativas no realistas sobre el/la menor
- 64 Desprecian, rechazan o culpan a el/la menor
- 65 No manifiestan afecto hacia el/la menor
- 66 Excesiva ansiedad ante la crianza

annex **b.2**NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- Conselleries de Sanitat i Benestar Social. (2002). “El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil”. Generalitat Valenciana.
- Decret 28/2009, de 20 de febrer, del Govern Valencià, pel qual es modifica el reglament de mesures de protecció jurídica del menor a la Comunitat Valenciana, aprovat pel Decret 93/2001, de 22 de maig del Consell (DOGV núm. 5961, de 24 de febrer 2009).
- Llei Orgànica 1/96, de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor (BOE núm. 15, de 17 de gener de 1996).
- Llei 12/2008 de 3 de juliol, de la Generalitat Valenciana, de Protecció Integral de la Infància i l'Adolescència de la Comunitat Valenciana (DOGV núm. 5803 de 10 de juliol de 2008).
- Llei 8/2008, de 20 de juny, dels Drets de Salut dels Xiquets i Adolescents (DOCV núm. 5793, de 26 de juny de 2008).
- Orde de 9 de març 2006, de la Conselleria de Sanitat i de la Conselleria de Benestar Social, per la qual s'implanta el full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors en l'àmbit de la Comunitat Valenciana (DOCV núm. 5250, de 3 de maig de 2006).
- Unitat de Treball Social de l'Hospital General de Requena. 2006. “Protocolo de sospecha/situación de riesgo en niños”. (Document no publicat).
- Unitat de Treball Social de l'Hospital Universitari La Fe de València. 2006. “Protocolo de niños maltratados”. (Document no publicat).
- Unitat de Treball Social de l'Hospital Peset de València. 1999 . “Protocolo de derivación a la UTS desde pediatría/neonatos”. (Document no publicat).
- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2004. “Proceso ante menores en situación de riesgo”. (Document no publicat).

ANNEX C

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA ADOPCIÓ

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüencials que es realitzen sempre i en eixe orde quan el treballador social actua en un procés d'acolliment familiar preadoptiu d'un menor (habitualment un xiquet acabat de nàixer en el nostre centre).

El límit inicial és la demanda de valoració/intervenció del treballador social.

El límit final és l'alta social del menor.

El propietari és el treballador social responsable de l'àrea maternoinfantil o, si no n'hi ha, el treballador social que el substituïska.

ELS OBJECTIUS DEL PROCÉS

Que la coordinació de les activitats i les actuacions que s'han de realitzar en el mateix hospital i en la Conselleria de Benestar Social siga àgil, ràpida i efectiva.

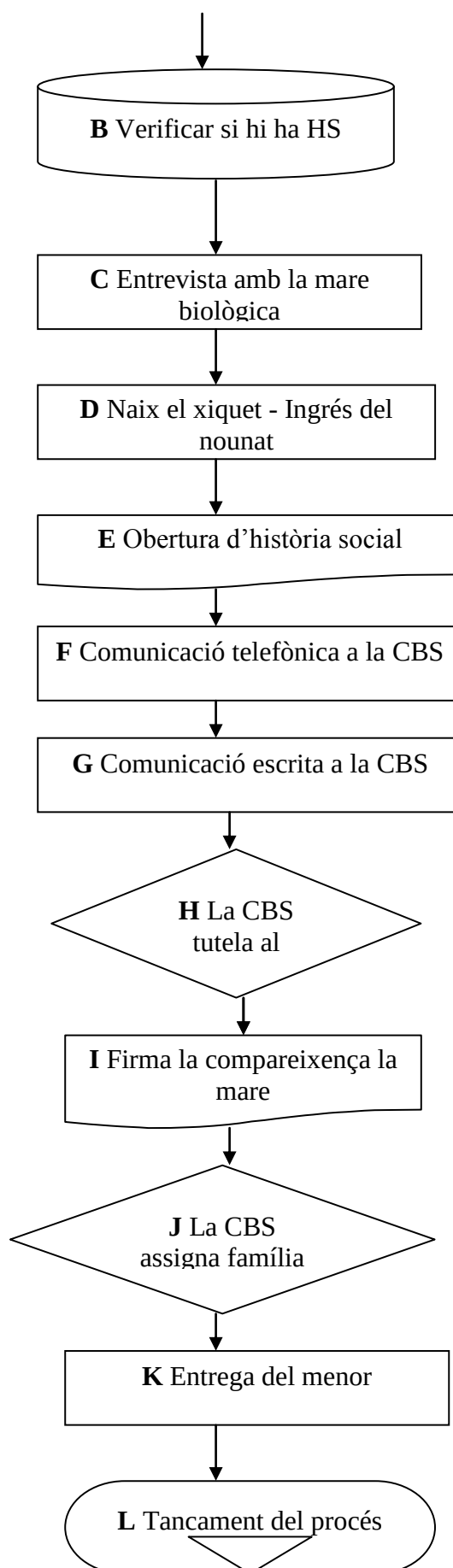
Que el procés es realitze de la forma menys traumàtica possible per a la mare biològica, de manera que tinga el suport psicosocial que necessite.

Que l'estada del nounat en l'hospital siga la més curta possible (excepte si presenta una patologia que requerisca tractament hospitalari).

DIAGRAMA DE FLUX

**PROTOCOL
D'INTERVENCIÓ
DAVANT D'UNA
ADOPCIÓ**

A Demanda de valoració/
intervenció UTSH



En el quadre anterior: en la H el text que falta està però no es veu, i en la J també

PASSOS DEL PROCÉS D'ADOPCIÓ

A. DEMANDA DE VALORACIÓ/INTERVENCIÓ DEL TREBALLADOR SOCIAL

La gestant és derivada des de qualsevol organització de l'exterior, acudix de *motu proprio* a la unitat de treball social hospitalària (UTSH) o manifesta en el moment del part la seua incapacitat per a fer-se càrrec del xiquet.

B. VERIFICACIÓ SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL

Es busca en la base de dades si hi ha història social (HS) oberta d'intervencions anteriors a la gestant. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través de la història social anterior, si ja n'hi ha.

C. ENTREVISTA AMB LA GESTANT

Que pot produir-se abans o després del part i on el treballador social:

– S'assegura de la fermesa de la decisió de renunciar al xiquet.

☐ L'informa dels aspectes legals i de procediment (especificats en apartat I)

☐ Li presta el suport psicosocial necessari.

D. NAIX EL XIQUET I S'INGRESSA EN NOUNATS

El xiquet és ingressat en nounats amb els cognoms de la mare biològica.

S'ha de procurar que la mare estiga en una sala on no hi haja altres gestants.

E. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

S'obri un procés d'intervenció social al xiquet que acaba de nàixer.

Quedarà en la història social la fotocòpia del DNI o el passaport de la mare.

F. COMUNICACIÓ A LA CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

El treballador social comunica telefònicament a la Secció del Menor de la Conselleria de Benestar Social l'existència i la situació d'eixe nounat.

G. COMUNICACIÓ DE LA UTSH A LA SECCIÓ DEL MENOR

El treballador social comunica per escrit i passa pel Registre General (annex a.1) la renúncia d'un menor per a la seua adopció, perquè siga aplicada la tutela per part de la Conselleria de Benestar Social.

S'ha de deixar còpia d'esta comunicació en la Direcció de l'hospital.

H. LA CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL TUTELA EL NOUNAT

La Secció del Menor, en virtut de les seues atribucions, tutela el menor i remet l'ofici corresponent del qual queda: una còpia en la història clínica, una en la Direcció i una en la història social (HS).

I. COMPAREIXENÇA QUE FIRMA LA MARE BIOLÒGICA.

S'entrevisten amb la mare biològica el treballador social de l'hospital i el funcionari de l'entitat pública (Secció d'Adopcions de la Conselleria de Benestar Social) i abans de la firma de la compareixença a través d'entrevista:

- Verifiquen la fermesa de la decisió de la mare.
- S'informa que als trenta dies ha de fer la compareixença davant del funcionari de la Conselleria de Benestar Social en la mateixa Conselleria (la qual cosa evita que siga citada posteriorment en el jutjat que tramite l'adopció).
- S'informa que el xiquet serà inscrit amb els seus cognoms en el Registre Civil, on s'haurà de personar, abans dels trenta dies, a fer la inscripció, acompanyada d'un tècnic de la Conselleria de Benestar Social.
- En cas de matrimoni, la compareixença haurà de ser firmada per ambdós cònjuges.
- Quan la mare biològica és menor d'edat, han de firmar també els seus pares.

Firman la compareixença, per duplicat, la mare, el treballador social i el tècnic de la Conselleria de Benestar Social (annex a.2).

El treballador social remetrà a la Conselleria de Benestar Social:

Còpia de la compareixença firmada per la mare.

Certificat d'assistència al part amb les dades de la mare biològica.

Informe mèdic del xiquet.

Si es disposa d'estos documents en el moment de la firma de la compareixença de la mare biològica, el funcionari de la Conselleria de Benestar Social que acudix a l'hospital a presenciar la firma de la compareixença per part de la mare s'endurà esta compareixença i els documents adjunts. Si no és possible es remetran posteriorment per missatgeria i els registrarà en la Conselleria de Benestar Social.

J. LA DIRECCIÓ TERRITORIAL DE BENESTAR SOCIAL ASSIGNA LA FAMÍLIA ADOPTIVA

La Secció d'Adopcions de la Conselleria de Benestar Social assigna la família adoptiva i remet l'ofici corresponent, del qual s'arxiven tres còpies com en l'apartat H.

Si és el cas, autoritza visites si el xiquet no està donat d'alta hospitalària.

K. ENTREGA DEL XIQUET A LA FAMÍLIA ADOPTIVA

Si està d'alta mèdica s'entrega el xiquet al funcionari de la Conselleria de Benestar Social degudament acreditat, i es comprova que es dona l'informe mèdic d'alta, la cartilla de salut, les pautes d'alimentació i les atencions i la cita per a consultes externes, si és necessari.

L. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del treballador social al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, en finalitzar este.

CRITERIS D'ACTUACIÓ EN EL PROCÉS D'ADOPCIÓ

El treballador social és el professional que coordina les actuacions i canalitza la informació, tant dins com fora de l'hospital respecte al menor que serà adoptat.

Propiciar que la decisió de la mare biològica, lliurement presa per esta, siga viscuda com un acte positiu cap a eixe fill.

Propiciar al màxim el respecte i la discreció cap a la renunciant (i recordar este aspecte a tot el personal assistencial que està al voltant de la gestant o mare) atesa la situació de conflicte i tensió que viu en eixos moments; o procurar sempre hospitalitzar-la en una sala en què no hagen altres xiquets acabats de nàixer.

Realitzar els tràmits necessaris dins i fora de l'hospital amb la màxima agilitat i celeritat a fi que l'estada del xiquet sa que acaba de nàixer siga tan curta com siga possible en l'hospital.

Suggerir a la mare biològica que no realitze visites al xiquet.

annex **c.1**

Hem d'informar que el passat dia _____ de 20____, va nèixer un xiquet/a en este centre, la mare del qual ha manifestat al treballador social de l'Hospital que siguen iniciats els tràmits per a l'adopció del seu fill/a.

El/La menor ha sigut ingressat/da als efectes d'identificació com a _____, en la Secció de Nounats.

La qual cosa vos comuniquem als efectes oportuns.

València, de 20

El treballador social
La treballador social



MODEL I
MANIFESTACIÓ DE LA MARE DAVANT DEL CENTRE HOSPITALARI

....., amb DNI núm., nascuda el dia de
de....., amb domicili en....., i amb la resta de dades personals que
consten en el meu expedient mèdic que es troba en este centre hospitalari, comparec davant
del treballador/a social d'este i manifeste:

- L) Que sóc progenitora del xiquet/de la xiqueta nascut/da en este centre hospitalari el dia
de de, a les hores, i el pes que va tindre en nèixer va ser de
kg.
- M) Que sense pressió ni cap coacció, atorgue la meua autorització perquè siguen iniciats
els tràmits per a l'adopció del meu fill/a.
- N) Que no obstant això, he sigut informada que l'article 5.5 del Conveni Europeu en matèria
d'adopció de menors (revisat), fet a Estrasburg el 27 de novembre de 2008, estableix que
l'assentiment de la mare biològica per a l'adopció no podrà prestar-se fins que hagen
transcorregut sis setmanes des del part, per tant hauré d'atorgar-lo, una vegada
transcorregut el termini legal, davant de l'òrgan judicial o administratiu que em requerisca
amb este fi.
- O) Que sóc conscient que l'adopció del xiquet/de la xiqueta tindrà com a efecte l'establiment
d'una filiació amb els pares adoptius, o amb la mare o pare adoptiu/va, si només adopta
una persona, i que això comportarà trencar el vincle de filiació entre la meua persona,
mare biològica, i el xiquet/la xiqueta adoptat/da.
- P) Que he sigut informada que en el Registre Civil, el xiquet/xiqueta quedarà inscrit/a amb
les dades de filiació materna, i paterna si és el cas.

Declare que he comprés el sentit i l'abast del que precedix.

Lloc: data:

Firma o, en el seu lloc, un altre signe:

....., treballador/a social del centre
hospitalari....., certifique que la declarant ha comparegut davant meu
i ha firmat el present document en la meua presència.

Lloc: data:

Firma i segell:

**MODEL 2****COMUNICACIÓ DEL CENTRE HOSPITALARI A FAVOR D'ADOPCIÓ**

**Comunicació del centre hospitalari als servicis territorials
de la conselleria competent en matèria de protecció de menors
adjuntant el model 1.**

Secció del Menor

Direcció Territorial de Justícia i Benestar Social de

.....

Es comunica que el dia d de .20., a les hores, va nàixer en este centre hospitalari un xiquet/una xiqueta, la mare del qual/de la qual ha atorgat la seua autorització per a iniciar els tràmits d'adopció del seu fill/filla, sense perjudici del que disposa l'article 5.5 del Conveni Europeu en matèria d'adopció de menors (revisat), fet a Estrasburg el 27 de novembre de 2008. S'adjunta l'exemplar de manifestació.

....., de de

PEL CENTRE HOSPITALARI

Firma:

NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- Conselleria de Sanitat i Benestar Social. (2002). “El paper de l'àmbit sanitari en la detecció i abordatge de situacions de desprotecció o maltractament infantil”. Generalitat Valenciana.
- Decret 28/2009, de 20 de febrer, del Govern Valencià, pel qual es modifica el Reglament de Mesures de Protecció Jurídica del Menor a la Comunitat Valenciana, aprovat pel Decret 93/2001, de 22 de maig, del Consell (DOGV núm. 5961, de 24 de febrer 2009).
- Llei Orgànica 1/96, de 15 de gener, de Protecció Jurídica del Menor (BOE núm. 15, de 17 de gener de 1996).
- Llei 12/2008, de 3 de juliol, de la Generalitat Valenciana, de Protecció Integral de la Infància i l'Adolescència de la Comunitat Valenciana (DOGV núm. 5803, de 10 de juliol de 2008).
- Orde de 9 de març 2006, de la Conselleria de Sanitat i de la Conselleria de Benestar Social, per la qual s'implanta el full de notificació per a l'atenció sociosanitària infantil i la protecció de menors en l'àmbit de la Comunitat Valenciana (DOCV núm. 5250, de 3 de maig de 2006).
- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2001. “Procés d'adopció”. (Document no publicat)
- Instrument de Ratificació del Conveni Europeu en matèria d'adopció de menors (revisat), fet a Estrasburg el 27 de novembre de 2008.

ANNEX D

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

INTRODUCCIÓ

Des dels servicis sanitaris es pot exercir un paper decisiu per a ajudar les dones que són objecte de violència. És possible que el professional sanitari siga l'única persona al marge de la família a qui acudix en busca d'ajuda.

El principal repte per als professionals de la salut és aprendre a detectar els casos de maltractament, i oferir suport i seguiment amb el reforç i la coordinació dels recursos disponibles.

El primer problema amb el qual ens trobem és que la dona no s'atreuix a revelar directament la situació de maltractament, però acudir al servici mèdic consistix en una crida de socors silenciosa, ja que excepte en casos molt greus, podria no acudir. Acudir al servici sanitari és el primer pas per a trencar les barreres del silenci.

La violència de gènere que es produïx en l'àmbit domèstic pot ser: violència psicològica, física i/o sexual.

Davant d'un possible cas de violència domèstica, el primer que es fa, per descomptat, és atendre els possibles danys i lesions que patisca la persona. És molt important crear un ambient confidencial, de seguretat i confiança, per la qual cosa el professional sanitari que l'atenga ho ha de fer a soles (ni germans, fills, pares o parella), preguntar-li què ha ocasionat el dany pel qual necessita assistència (ompliment d'anamnesi), permetre-li que explique la seua vivència, afavorir la comunicació amb escolta activa (assentiments gestuals i verbals) i acceptar la narració sense emetre cap tipus de juí. És positiu comunicar a la víctima que el que ha ocorregut no és culpa seua. Ha de sentir que li donen suport. En l'entrevista el professional ha d'ometre tecnicismes i les paraules "víctima" o "agressor".

L'assistència habitual a urgències o a consulta per caigudes i colps fortuïts ha de generar en el professional una alerta davant de la possibilitat d'esta problemàtica.

Està demostrada l'eficàcia de la intervenció del professional sanitari sempre que es faça amb respecte (davant de la no-intervenció), i els professionals sanitaris són quasi els únics fora de la família als quals la dona conferix l'autoritat suficient per a iniciar la ruptura de la situació de violència i l'inici del canvi a una vida millor.

DEFINICIÓ FUNCIONAL

Es tracta de les activitats seqüenciades que es realitzen sempre i en eixe orde quan la unitat de treball social hospitalària (UTSH) actua davant de la detecció d'una dona víctima d'una presumpta violència de gènere o domèstica.

Les destinatàries del procés són qualsevol dona hospitalitzada o atesa en consultes externes o servici d'urgències sobre la qual existisca la sospita de maltractament, detectat per qualsevol professional del centre hospitalari.

El límit inicial és després de la detecció, la petició de valoració/intervenció de la UTSH.

El límit final és l'alta social (per derivació a un altre servici extrahospitalari, abandó voluntari de la dona o èxitus).

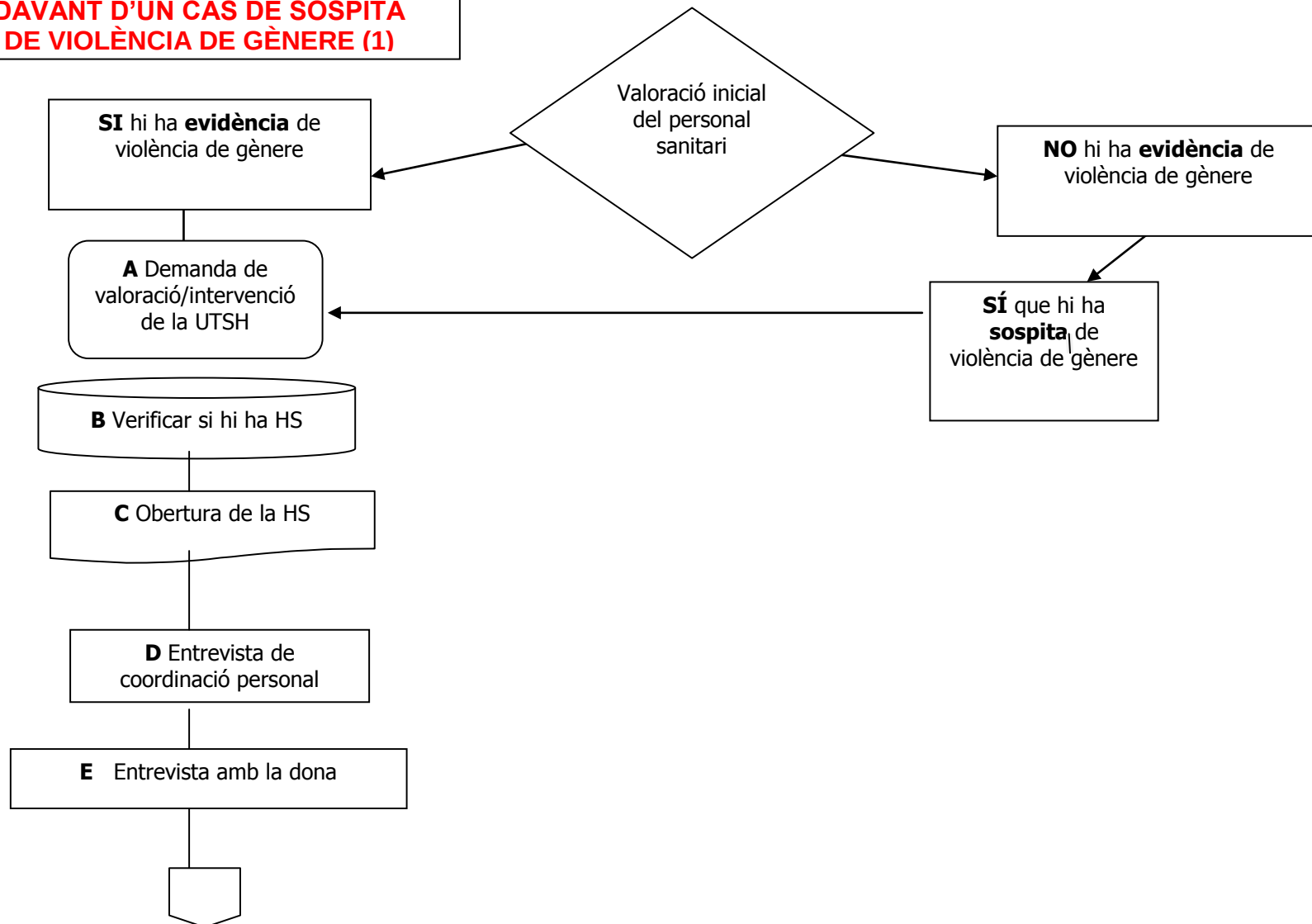
El propietari del procés és la UTSH a través del treballador social responsable de la intervenció.

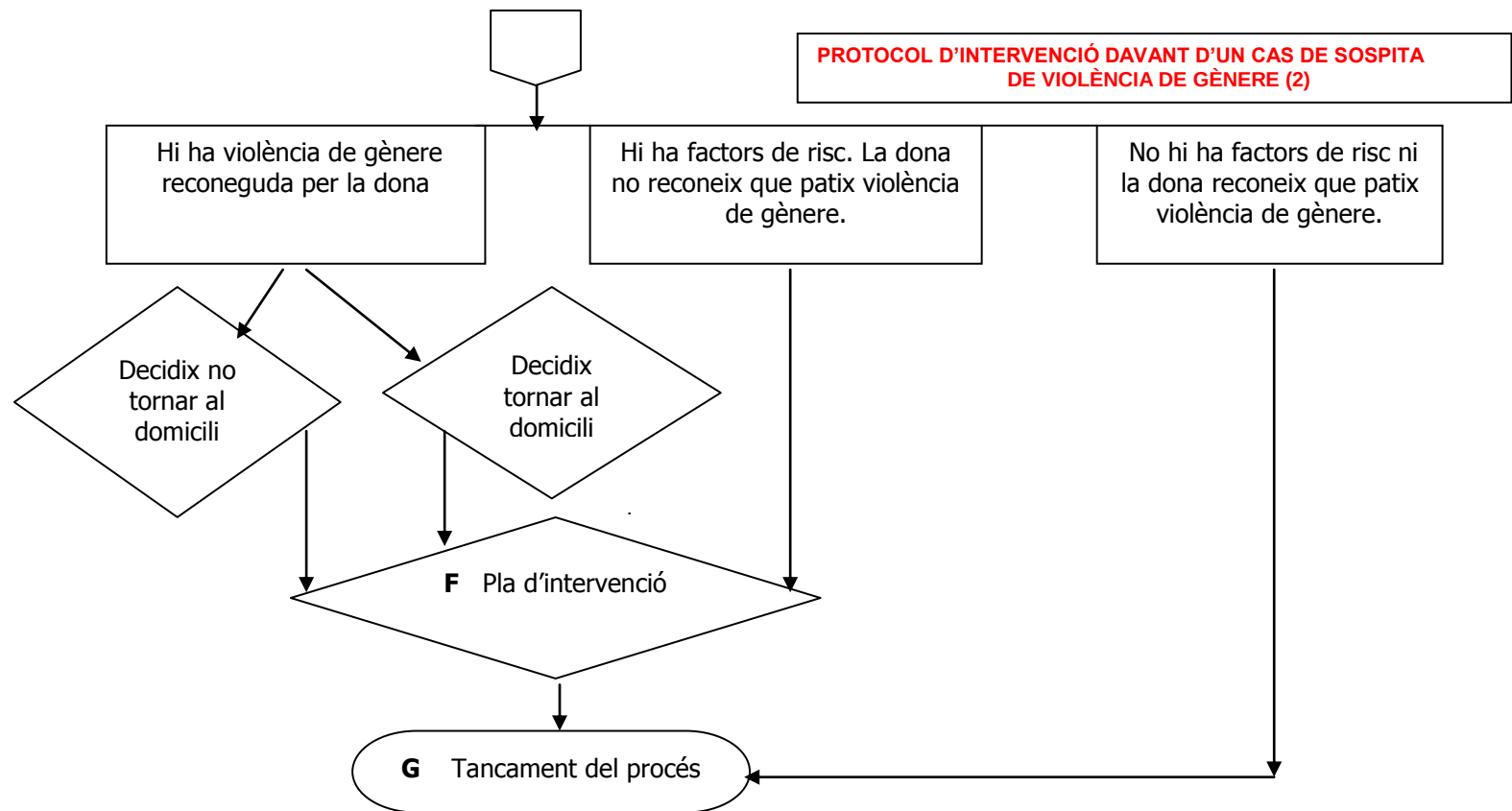
OBJECTIUS

- Donar a tota dona maltractada que acudix a l'hospital el suport psicosocial necessari perquè afronte la seua situació i actue per a recuperar seguretat i benestar.
- Assegurar la continuïtat de l'assistència social, jurídica i sanitària que necessita a l'eixida de l'hospital.

DIAGRAMA DE FLUX

**PROTOCOL D'INTERVENCIÓ
DAVANT D'UN CAS DE SOSPITA
DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE (1)**





ETAPES DEL PROCÉS

A. DEMANDA DE VALORACIÓ/INTERVENCIÓ DE LA UTSH

Detectat un cas de sospita de violència domèstica es comunicarà immediatament al treballador social, qui disposarà del temps suficient per a realitzar una entrevista de valoració.

B. VERIFICACIÓ DEL FET DE SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL

Es busca en la base de dades si hi ha història social (HS) oberta d'intervencions anteriors. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través de la història social anterior, si ja hi ha.

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

Si hi ha història social anterior es trau de l'arxiu. S'obri un nou procés d'intervenció social en què es registrarà la informació pertinent.

D. ENTREVISTA DE COORDINACIÓ AMB EL PERSONAL SANITARI

El treballador social es personarà en el servei mèdic on estiga la presumpta víctima i demanarà informació del personal sanitari que haja atés la dona, a fi de conèixer el diagnòstic mèdic, les seues impressions i les circumstàncies de l'assistència (si ha anat sola o acompanyada i per qui, etc.).

E. ENTREVISTA AMB LA DONA

En la qual es comprovarà si hi ha violència de gènere i els factors de risc. S'ha de fer en un lloc apropiat que facilite la intimitat.

Pautes per a estes entrevistes:

- * Es realitzarà la valoració de la situació sociofamiliar i la possible situació de violència de gènere, en un ambient de confidencialitat i seguretat.
- * S'abordarà directament el tema de la violència, ajudant-la a pensar i ordenar les seues idees, així com alertant dels possibles riscos que té.
- * Es valoraran els indicadors de sospita de violència de gènere (annex d.1) així com els factors de risc (annex d.2) i altres aspectes com ara

vulnerabilitat, estrés addicional, encobriment del maltractament...(annex d.3)

* Es realitzarà el qüestionari DA *Danger Assessment* per a valorar el risc d'homicidi, en el cas que no l'haja realitzat el personal sanitari que ha derivat. (Annex d.4).

F. PLA D'INTERVENCIÓ

** Després de la valoració del cas i del diagnòstic social corresponent s'elaborarà el pla d'intervenció amb les actuacions que el desenrotllen. Es realitzarà en funció a les necessitats detectades i sempre conjuntament amb la persona afectada i inclourà el pla de seguretat. (Annex d.5).

El diagnòstic i el pla estaran determinats per la singularitat de les situacions següents:

- Hi ha violència de gènere reconeguda per la dona. Variarà segons que la pacient es trobe hospitalitzada o no i segons si la seua situació és de perill extrem o no.
- Hi ha factors de risc. La dona no reconeix patir violència de gènere.
- No hi ha factors de risc ni la dona reconeix patir violència de gènere.

Tota intervenció tindrà l'objectiu de protegir la dona, i donar-li seguretat, motivació cap a la denúncia; escoltant, orientant i informant la seua situació i risc potencial, però respectant la decisió de la dona de tornar al domicili on es produïxen els episodis violents o de no tornar al seu domicili.

** Es verificarà que s'ha omplert l'informe mèdic per presumpta violència domèstica, amb tres còpies (annex d.6).

- Original remés al jutge
- Còpia d'este en la història clínica,
- Còpia per a la interessada
- Còpia per a remetre a la Direcció General de Salut Pública, Servei de Salut Infantil i de la Dona de la Conselleria de Sanitat.

** Pla de seguretat durant l'estada en l'hospital davant de perill extrem

S'alertarà sobre la no-facilitació de les dades de localització de la pacient a nivell informàtic perquè des de cap servici hospitalari (admissió, SAIP,

consultes externes, etc.) es puga accedir a localitzar la víctima, a fi de protegir-la. Alta hospitalària fictícia.

Es cuidarà especialment l'accés a visites o telefonades, a fi d'impedir l'accés a l'agressor.

** Quan el treballador social dispose d'informació útil per a complementar les proves del juí es realitzarà un informe social per a remetre al jutjat especialitzat en violència o altres servicis específics de coordinació/derivació amb l'objecte d'aportar el diagnòstic i la valoració social de la situació de violència domèstica detectada i en la qual s'exercisca intervenció professional.

** S'establirà la coordinació i la derivació amb els servicis específics i s'assegurarà el seguiment de la dona.

Alguns dels servicis susceptibles de derivació són:

1. Centre de la dona 24 hores.
2. Centre Municipal de Servicis Socials.
3. Servicis socials especialitzats: dona, immigrants, discapacitats, menors...
4. Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte.
5. Centre de salut.

G. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del treballador social al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés en finalitzar este.

Es portarà un registre dels casos detectats de violència domèstica per raons estadístiques, sense deixar constància de les dades de filiació.

annex d.1

INDICADORS DE SOSPITA DE MALTRACTAMENT DURANT LA CONSULTA**ACTITUD DE LA DONA:**

- Temorosa. Es mostra evasiva, incòmoda i nerviosa.
- Trets depressius. Baixa autoestima i sentiments de culpa no justificats.
- Estat d'ansietat o angoixa, irritabilitat.
- Vestimenta que pot indicar la intenció d'ocultar lesions.
- Falta d'atenció personal.
- Justifica les lesions o lleva importància a estes.
- Si està present la seua parella busca la seua aprovació o se sent temorosa de les seues respostes.

ACTITUD DE LA PARELLA:

- Sol·licita estar present durant tota la visita.
- Molt controlador, sempre contesta ell, pot mostrar-se excessivament *preocupat* o, al contrari, despreocupat, despectiu o intentant banalitzar els fets.
- A vegades colèric o hostil amb la dona o amb el professional

annex d.2*Factors de risc o vulnerabilitat***• Culturals**

- Cultura patriarcal
- Estereotips rígids de masculinitat i feminitat
- Creences sobre la disciplina i el valor del castic

• Socials

- Falta de recursos econòmics, treball precari o desocupació i escàs nivell de formació d'ambdós membres de la parella
- Discriminació laboral
- Defensa del caràcter privat de l'àmbit laboral
- Estructura i funcionament de les institucions i deficient suport institucional a les víctimes
- Imatge de la dona en els mitjans de comunicació
- Falta de suport social

• Familiars

- Un alt grau de rigidesa de l'estructura familiar
- Intensitat dels vincles interpersonals
- Estrés atribuïble a les fases del cicle vital
- Conflictes conjugals i maltractament en les relacions anteriors

• Individuals

- Els trastorns del control dels impulsos
- Els zels patològics
- Baixa autoestima
- Inexpressivitat emocional
- Abús d'alcohol i altres substàncies tòxiques
- Aprenentatge de models de relació agressives
- L'edat

*Font: Heise, Ellsberg i Gottemoeller (1990)
Centre Reina Sofia per a l'Estudi de la Violència*

annex d.3

ASPECTES QUE S'HAN DE VALORAR AL LLARG DEL PROCÉS D'INTERVENCIÓ

- La vulnerabilitat de la dona: història i circumstàncies que envolten eixa situació de maltractaments, tipologia de maltractament, afectació a altres membres de la família, situació familiar, econòmica, actitud de la víctima, xarxa de suport social, dificultats per a eixir del cicle de violència, detecció de micromasclismes, etc.
- La doble vulnerabilitat de la dona immigrant, que junt amb els ítems anteriors s'estudiarà: procés del dol migratori (sentiment de desarrelament, desconeixement del país, costums, cultura, expectatives frustrades), situació administrativa regular o irregular, desconeixement de la legislació espanyola, convivència amb grup d'iguals, desconfiança o por dels cossos de seguretat i l'administració, por de l'expulsió del país, barreres lingüístiques, característica especial de dona amb reagrupació familiar per l'agressor però sense permís de treball, acceptació-resignació del maltractament en la cultura d'origen, etc.
- Els indicadors de malestar (per exemple la por, la ira, la depressió, l'abús de substàncies, etc.)
- Els problemes de relació amb la parella i persones convivents (problemes de confiança, intimitat, etc.)
- Els factors que influïxen en l'encobriment del possible maltractament: resposta institucional, potencialitats i punts dèbils de la dona, capacitats socials, organitzatives, ocupacionals, etc.
- Els factors històrics: d'aprenentatge, salut física (socialització rígida en el rol de gènere, victimitzacions anteriors, limitacions o discapacitats de la dona, etc.)
- La presència d'estrés actual addicional.
- Els aspectes positius i negatius de la relació de parella per a comprendre la conducta associada a la percepció de la dona.
- La protecció de menors. En cas de conuiu amb fills o altres familiars menors d'edat es realitzarà un estudi i valoració del risc de maltractament activant el protocol de protecció de menors establert en esta guia. Així mateix

s'informarà de la situació dels menors al centre de salut i/o servicis socials municipals.

annex d.4

QÜESTIONARI DA *Danger Assessment*
Adaptat al nostre context cultural per Escribá-Agüir i col.

Amb la finalitat de poder valorar el nivell de risc que pot tindre tenint en compte la situació en què es troba, li demanem que conteste estes preguntes, les quals fan referència a la persona que l'agredix (el seu marit o parella, exmarit o exparella o una altra persona pròxima a vosté).

	NO	SÍ
1. En l'últim any, ha augmentat la violència emocional o física en severitat o freqüència?	☐	☐
2. Té alguna arma de foc?	☐	☐
3. Està en desocupació?	☐	☐
4. Ha amenaçat de matar-la?	☐	☐
5. S'ha lliurat de ser detingut per violència domèstica?	☐	☐
6. L'ha forçada a mantindre relacions sexuals?	☐	☐
7. En alguna ocasió, ha intentat estrangular-la?	☐	☐
8. Consumix drogues? (com per exemple, estimulants o amfetamines, <i>speed</i> , pols d'àngel, cocaïna, heroïna, drogues de disseny o mesclades)	☐	☐
9. Té algun problema amb l'alcohol o és alcohòlic?	☐	☐
10. Es posa zelós de forma violenta? (per exemple, diu "si jo no puc tindre't, ningú et tindrà")	☐	☐
11. Amenaça de fer mal als seus fills/filles?	☐	☐
12. Creu que és capaç de matar-la?	☐	☐
13. La persegueix o l'espia, li deixa notes amenaçadores o li deixa missatges, trenca les seues coses o li telefona quan vosté no vol?	☐	☐
14. En alguna ocasió, ha amenaçat o ha intentat suïcidar-se?	☐	☐

15. En alguna ocasió, l'ha colpejada quan ha estat embarassada? NO ☐ SÍ ☐

MAI HE ESTAT EMBARASSADA ☐
 DE LA PERSONA QUE M'AGREDIX

16. En l'últim any, ha deixat la seua parella o exparella després de viure junts? NO ☐ SÍ ☐

MAI HE VISCUT AMB ELL ☐

17. Controla la majoria o totes les seues activitats diàries? (com per exemple, li diu amb qui pot fer amistats, quan pot veure la seua família, quants diners pot gastar o quan pot agafar el cotxe, etc.)

NO ☐
 SÍ ☐

HO INTENTA PERÒ NO EL DEIXE ☐

18. En alguna ocasió, ha usat alguna arma contra vosté o l'ha amenaçat amb ella?

NO ☐ SÍ ☐

Va ser amb una arma de foc? NO ☐

SÍ ☐

19. Té vosté algun fill/filla què no siga de la persona que l'agredix? NO ☐

SÍ ☐

20. En alguna ocasió, vosté ha amenaçat de suïcidar-se o ho ha intentat? NO ☐

SÍ ☐

QÜESTIONARI DA *Danger Assessment*

Valoració de la puntuació obtinguda en el qüestionari DA

PUNTUACIÓ _____ (Compteu el nombre de respostes positives)

* Es considera PERILL EXTREM D'HOMICIDI O SUÏCIDI si s'obté una puntuació igual o superior a 4 punts. No obstant això, si s'obté una puntuació inferior a 4, es recomana valorar el contingut de les preguntes que ha contestat afirmativament, per a guiar les actuacions.

annex d.5

ELABORACIÓ DEL PLA DE SEGURETAT
--

ESCENARI DE PROTECCIÓ

- G. Conèixer el 112
- H. Concertar senyals amb veïns i familiars
- I. Ensenyar els seus fills/as a aconseguir ajuda i a protegir-se davant d'episodis violents
- J. Fer tot el soroll que puga
- K. Si l'atac és inevitable procurar convertir-se en un blanc xicotet, protegir-se amb els braços i el cap

SI HA D'ABANDONAR LA LLAR RÀPIDAMENT

- L. Procurar que l'agressor no estiga a casa
- M. No donar informació ni indicis dels seus plans
- N. No prendre tranquil·litzants, estar alerta
- O. Acudir a llocs i a les persones amb què havia comptat prèviament

RECORDAR

- P. Tindre un bossa de mà amb roba, medicaments, joguets i objectes de valor
- Q. Preparar una llista de telèfons de familiars, col·legis i metges
- R. Tindre fotocòpies de DNI, llibre de família, targeta sanitària, comptes bancaris, nòmines, certificats d'estudis
- S. Obrir un compte en un banc que només ella conega i anar ingressant el que puga

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

**INFORME MÈDICO POR PRESUNTA
VIOLENCIA DOMÉSTICA (ADULTOS)**

Ejemplar para la persona atendida

1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo ☐ Mujer
Día Mes Año ☐ Hombre

Dirección: _____

Teléfono de contacto: _____ Viene acompañado por: _____

País de origen: ☐ España ☐ Norteamérica
☐ Otro país de la Unión Europea ☐ Norte de África
☐ Europa del Este ☐ Sur de África
☐ Centro y Sudamérica ☐ Asia

Nivel de estudios: ☐ Sin estudios ☐ Primarios
☐ Secundarios ☐ Universitarios

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a/pareja de hecho
☐ Viudo/a ☐ Separado/a/divorciado/a

Trabajo remunerado: ☐ Sí
☐ No

Embarazada: ☐ Sí
☐ No

2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____/____
Día Mes Año Hora Min

Lugar: _____

Tipo de daño: ☐ Físico
☐ Psíquico
☐ Sexual

Lesión/daño producido por: Físico ☐ Arma blanca u objeto punzante ☐ Incestos/Menestrapes
☐ Arma de fuego ☐ Amenaza de muerte
☐ Objetos contundentes ☐ Interrupción relaciones sociales
☐ Partes del cuerpo del agresor ☐ Persecución y acoso
☐ Otro (especificar): _____ ☐ Otro (especificar): _____

3. REFIERE ANTECEDENTES DE MALOS TRATOS

☐ No ☐ Sí: ☐ Físico
☐ Psicológico
☐ Sexual
☐ Otro: _____

4. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL: (período de la víctima, síntomas emocionales)

5. EXPLORACIÓN FÍSICA (marcar con una cruz)

	Equimosis	Hematoma	Eritema	Herida superficial	Herida profunda	Quemadura	Esguince Luxación	Fractura	Lesión visceral	Otra Especificación
Cabeza										
Oído										
Nariz										
Boca										
Garganta										
Cavidad bucal										
Cuello										
Hombros										
Brasos										
Muñecas										
Antebrazos										
Manos										
Codos										
Cinturas										
Caderas										
Piernas										
Pies										

Descripción de las lesiones, sin olvidar aportar datos que permitan datar la lesión _____

6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS (varias opciones posibles)

☐ Analítica ☐ Rx
☐ Biografía ☐ Otras (especificar): _____

7. TRATAMIENTO:

☐ Ningún tratamiento específico ☐ Curas locales
☐ Farmacológico ☐ Quirúrgico

8. VALORACIÓN FINAL: (juicio diagnóstico con pronóstico de gravedad. Daño psíquico con pronóstico)

9. PLAN DE ACTUACIÓN: Derivación a:

☐ Domicilio ☐ Centro de Atención Primaria
☐ Hospital ☐ No ha requerido ingreso ☐ Otro (especificar): _____
☐ No ha requerido ingreso

10. OBSERVACIONES:

DATOS DEL FACULTATIVO/A

Nombre y apellidos: _____ N° colegiado _____

Lugar del reconocimiento (institución): _____

Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____/____
Día Mes Año Hora Min

Firma del facultativo/a: _____

annex d.7**NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA**

- Agència Valenciana de Salut (2008) “Protocol per a l’atenció sanitària de la violència de gènere (PDA)”. Generalitat Valenciana.
- Bonino, L. (1996) *Micromachismos. La violencia invisible de la pareja*. Generalitat Valenciana. Direcció General de la Dona.
- Direcció de l’Agència Valenciana de Salut. Circular 4/2007 sobre regulació dels documents oficials i els tràmits que ha d’omplir el personal facultatiu en els supòsits de prestació d’assistència per presumpta violència de gènere/ domèstica a persones adultes.
- Federació de dones progressistes (2007) *Mujeres inmigrantes y violencia de género. Aproximación diagnóstica a tres años de la existencia de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.
<<http://www.quieroayudarte.com/downloads/informeprogresistas.pdf>>
[Consulta: 01 d’agost 2009]”.
- Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere.
- Mestre, MV, Tur, AM, Samper, P. 2008. *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas. Un estudio empírico en la Comunidad Valenciana*. Universitat de València.
<<http://www.bsosocial.gva.es/portal/portal?docid=6140>> [Consulta: 08 d’agost 2009]
- Observatori de Salut de la Dona, Direcció General de l’Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut. 2005. *Catalogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual*. Ministeri de Sanitat i Consum.
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf> [Consulta: 18 de juliol 2009]
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2003) *Violencia doméstica*. Ministeri de Sanitat i Consum.
- UNED. Curs d’Extensió Universitària (2008). Tractament de la dona víctima de violència. Document no publicat.

- Unitat de Treball Social de l'Hospital General de Requena. 2006. Protocol davant de sospita de situació de violència de gènere. (Document no publicat)
- Walker, L. (1979) *The battered women*. New York. Harper & Row.

ANNEX E

PROTOCOL DE LOCALITZACIÓ DE FAMILIARS PER ÈXITUS

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüencials que es realitzen sempre i en eixe ordre quan el/la ts actua en la situació següent:

Pacient difunt en sala o urgències, sense visites (o acompanyament de familiars o altres acostats) i pel que ningú s'ha interessat en el depòsit de cadàvers.

El límit inicial és la demanda d'intervenció al/la ts.

El límit final és la resolució del sepeli.

El propietari del procés és el/la ts responsable del servici mèdic del qual procedix el/la pacient o la qual rep la comunicació en el dia de permanència.

OBJECTIUS DEL PROCÉS

Obtindre el màxim d'informació possible respecte de la persona difunta, a fi de localitzar familiars o entitats perquè siguen informats de la defunció i assegurar o descartar que assumixen els tràmits i gastos del sepeli.

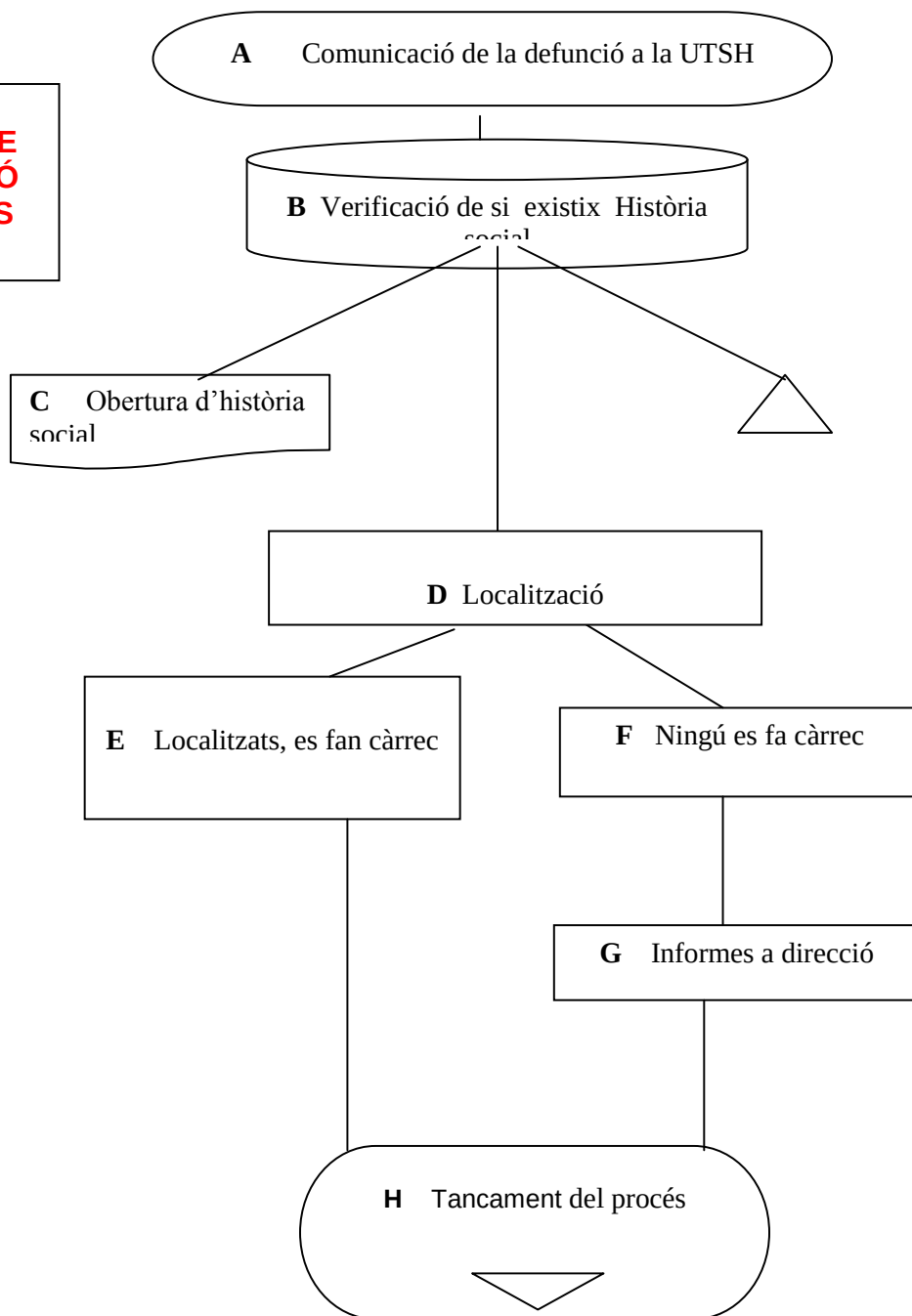
En cas de persona no identificada, procurar la seua identificació.

Facilitar amb la màxima rapidesa possible eixa informació perquè es puga disposar del cos.

Garantir la informació a la Direcció de l'hospital.

DIAGRAMA DE FLUX

**PROTOCOL DE
LOCALITZACIÓ
DE FAMILIARS
PER ÈXITUS**



PASSOS DEL PROCÉS DE LOCALITZACIÓ DE FAMILIARS PER ÈXITUS

A.– COMUNICACIÓ DE LA DEFUNCIÓ A LA UTSH

La UTSH és informada, tan ràpidament com siga possible, per part de la Unitat d'Hospitalització en què s'ha produït l'èxitus, del servici d'urgències o des del depòsit en comprovar que ningú s'ha interessat pel difunt, ni es responsabilitza del sepeli.

B. VERIFICACIÓ SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL

Es busca en la base de dades si hi ha Història Social (HS) oberta d'intervencions anteriors. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través de HS anterior si ja existira.

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

Si existira HS anterior s'agafa de l'arxiu. S'obri un nou procés d'intervenció social en què es registrarà la informació pertinent.

D. LOCALITZACIÓ

Es realitzen els contactes oportuns, a partir de les dades de què es disposen, quant a domicili, oficina del padró municipal, coneguts, servicis socials, policia local, ambaixades, SIP, etc., per a comunicar la defunció i comprovar o descartar si algú es fa càrrec del sepeli.

E. LOCALITZATS, ES FAN CÀRREC

Si es localitza algun familiar, conegut o entitat que assumix el sepeli se li informa, si cal, dels tràmits d'enterrament per beneficència a càrrec del municipi corresponent, es comunica al depòsit i es facilita la posada en contacte entre ambdós; amb la qual cosa finalitza la intervenció i es continua al pas H.

F. NINGÚ ES FA CÀRREC

Si ningú es responsabilitza del sepeli, es comunica al depòsit perquè la funerària responsable (funerària de guàrdia o la que treballa habitualment a l'hospital) assumisca els tràmits de l'enterrament o incineració segons el que

establix el municipi on està ubicat el centre hospitalari. Estos tràmits consistixen a demostrar que el/la difunt/a no disposa de mitjans econòmics ni pòlissa d'assegurança per a cobrir els gastos de l'enterrament, bé siga a través de servicis socials, bé a través de l'emissió del certificat de pobresa per al negociat de cementeris, bé el que haja establert en les normes municipals.

En els casos de necròpsia per interés clínic, assumix els gastos la Conselleria de Sanitat, i realitza els tràmits el centre hospitalari amb la funerària.

Si s'opta per la donació del cos per a estudi en la facultat de medicina es coordinaran les accions amb la Universitat de València (annex e.1)

Si el/la difunt/a no ha sigut identificat/da, prèvia a la disposició del cos, es comunicarà al jutjat de guàrdia perquè la policia científica realitze els tràmits oportuns per a la identificació (fotografies, identificació d'empremtes, etc.).

Si el/la difunt/a és de nacionalitat estrangera s'informarà al consolat o ambaixada del seu país.

G. INFORME PER A DIRECCIÓ

Si no s'ha localitzat a ningú, es realitza informe per part de la UTSH, indicant les gestions realitzades i la informació obtinguda. Es remet a la Direcció Mèdica, que firmarà els impresos que autoritzen a la funerària perquè dispose del cos i comunicarà al jutjat les circumstàncies que concorren.

H. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del/la ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, en finalitzar este.

annex e.1**PROGRAMA DONACIÓ DE COS**

Els cadàvers que s'empren per a la docència de grau i postgrau procedixen del Programa de Donació de Cos, procedixen de donacions altruistes que servixen per a formar a les futures generacions de professionals metges i perquè els especialistes quirúrgics milloren les seues tècniques.

Pot entrar en el programa qualsevol cos, excepte si els teixits han sigut destruïts o patix alguna malaltia infectocontagiosa com l'hepatitis C o la infecció pel virus HIV o qualsevol altra que supose un risc potencial de salut per a les persones que treballen amb el cos. A més no podrà ser acceptat el cos que estiga sotmés a un procés d'instrucció judicial (autòpsia medicolegal).

Es garantix als donants de cos i a la seua família que seran tractats amb dignitat, respecte i anonimat en tot moment.

Al final de cada any acadèmic, la Universitat de València a través del programa de donants de cos organitza una xicoteta cerimònia d'agraïment.

Van a càrrec de la Universitat els gastos per a l'enterrament o la incineració de la persona donant, es tracta d'un enterrament digne amb nínxol per a 5 anys en el cementeri general de València. Quan el cos és d'una persona sense persones de contacte o familiars es requerix l'autorització per escrit del director de l'hospital (este tràmit sol realitzar-ho la funerària).

Informació:

Programa de donació de cos. Facultat de Medicina.

<www.donantesdecuerpo.com>

NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- CORRECCIÓ d'errors del Decret 195/2009, de 30 d'octubre, del Consell, pel qual s'aprova la modificació del reglament pel qual es regulen les pràctiques de policia sanitària mortuòria en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, aprovat pel Decret 39/2005, de 25 de febrer, del Consell. (DOCV 6209 de 18 de febrer de 2010).
- Decret 39/2005, de 25 de febrer, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el Reglament pel qual es regulen les pràctiques de policia sanitària mortuòria en l'àmbit de la Comunitat Valenciana. (DOGV 4961 de 8 de març de 2005).
- Decret 195/2009, de 30 d'octubre, del Consell, pel qual s'aprova la modificació del reglament pel qual es regulen les pràctiques de policia sanitària mortuòria en l'àmbit de la Comunitat Valenciana, aprovat pel Decret 39/2005, de 25 de febrer, del Consell. (DOCV 6138 de 5 de novembre de 2009).
- Llei de 8 de juny de 1957, de Registre Civil. (BOE 151 de 10 de juny de 1957)
- Llei 29/1980, de 21 de juny, d'Autòpsies Clíniques (BOE 154 de 27 de juny de 1980).
- Ordenança de cementeris i servicis funeraris municipals. (BOP de 18 de gener de 2007).
- Reial Decret del Ministeri de Sanitat i Consum 2230/1982, que desenrotlla la Llei 29/1980 (BOE 218 d'11 de setembre de 1982).
- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2001. "Procés de localització de familiars per èxits". (Document no publicat).

ANNEX F

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA DONACIÓ D'ÒRGANS.

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

Quant al “Protocol d’intervenció davant d’una donació d’òrgans” cal assenyalar que, actualment, s’aplica únicament en el Consorci Hospital General Universitari de València. No obstant això, seria convenient valorar el fer extensiva la pertinença de la figura del/de la ts en els equips d’explant atés el rol que exercix el/la ts pel que fa al suport a la família del donant i al/la coordinador/a de trasplantaments.

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats que es realitzen sempre i en eixe ordre quan la UTSH (Unitat de Treball Social Hospitalària) actua davant d’una possible donació d’òrgans d’una persona en situació de mort clínica.

El límit inicial és la demanda d’intervenció per part del/de la coordinador/a de trasplantaments (d’ara en avant CT), al/ la ts.

El límit final és l’alta social, quan a criteri del/de la ts es finalitza el procés d’intervenció amb la família del/de la donant i les tramitacions administratives.

El propietari del procés és el/la ts que forma part de l’equip de trasplantaments i que ha respost a la demanda d’intervenció del/de la CT.

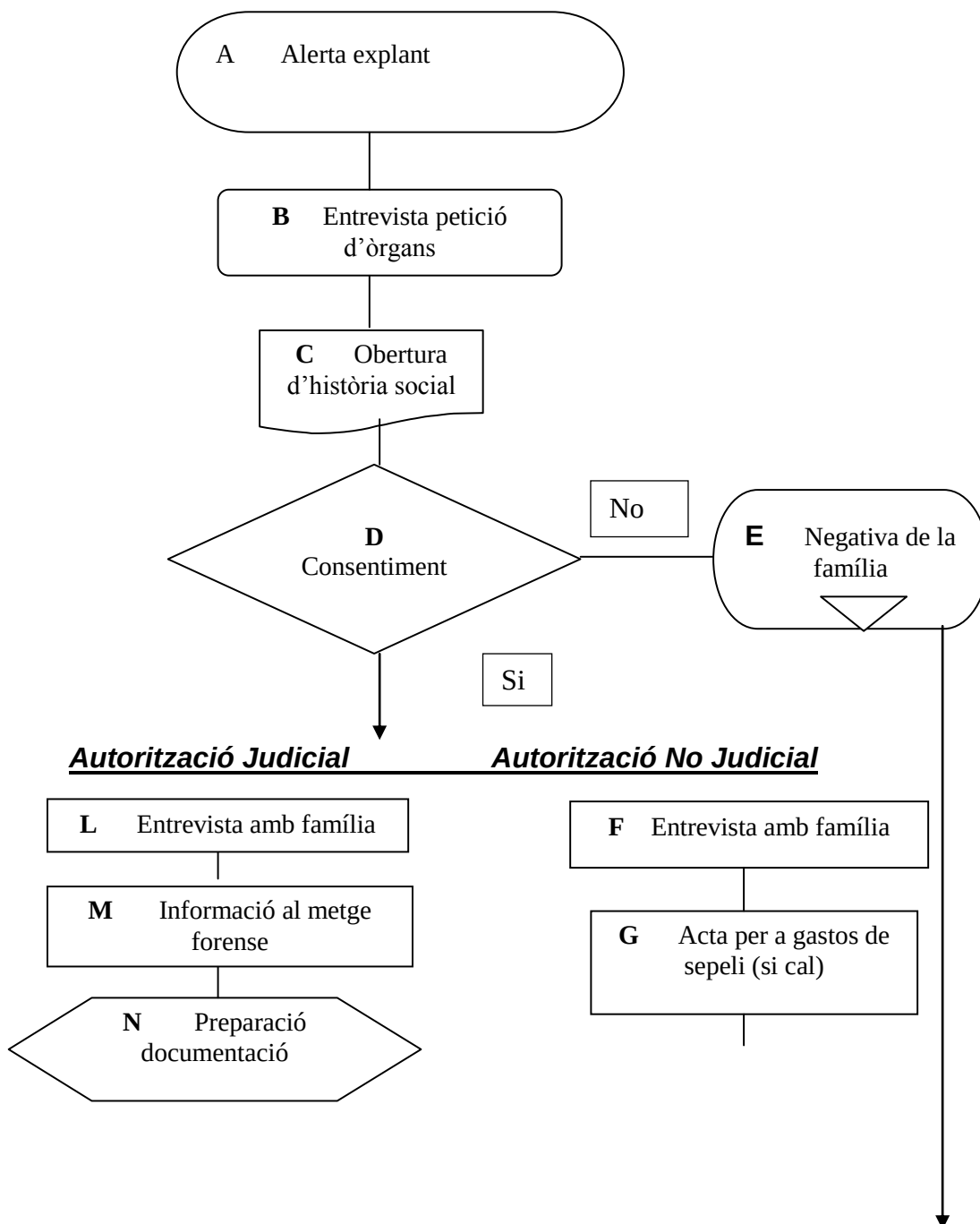
OBJECTIUS DEL PROCÉS

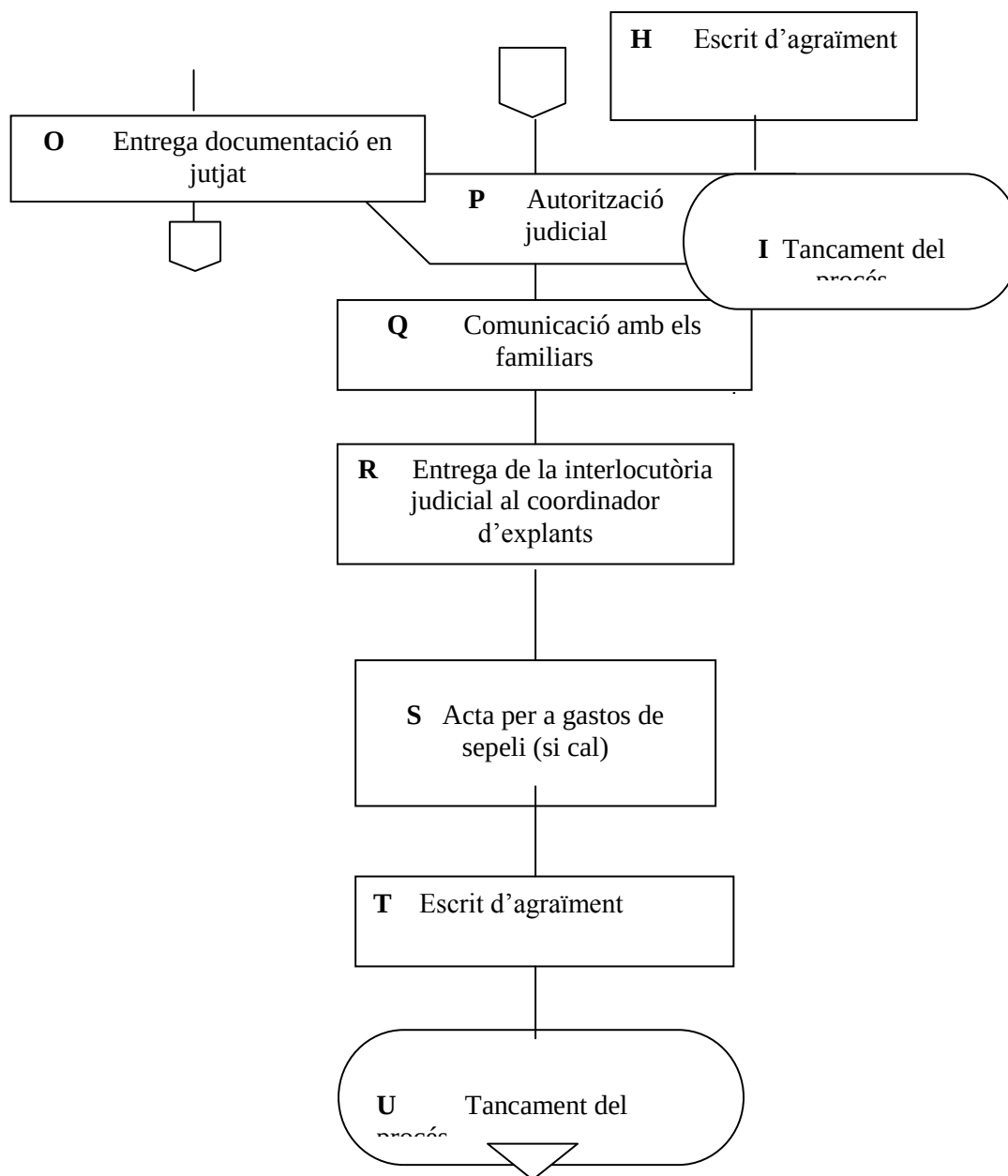
Obtindre l’autorització dels familiars del possible donant, tractant de motivar la dita donació cap a la multiorgànica, sempre que siga possible.

Donar a la família el suport psicosocial necessari perquè puga afrontar la situació i prendre decisions de forma positiva, i que resulte el mínim traumàtica possible.

DIAGRAMA DE FLUX

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT D'UNA DONACIÓ D'ÒRGANS





PASSOS PROCÉS D'EXINSUBORDINACIÓ

A. ALERTA D'EXPLANT

El/La coordinador/a de trasplantaments (d'ara en avant CT) localitza al/la ts per a informar-li d'un possible explant.

B. ENTREVISTA PETICIÓ D'ÒRGANS

Entrevista del/la metge/essa coordinador/a de trasplantaments i el/la ts amb la família en el despatx de la unitat de crítics corresponent, on se'ls fa la proposta i se'ls informa de quants dubtes tinguen. El/la ts participa a partir del moment en què ho sol·licita el/la CT. Els familiars poden sol·licitar la Llei de Trasplantament d'Òrgans o, per diverses circumstàncies, se'ls pot oferir la seua lectura (Reial Decret 2070/1999 – BOE 04/01/2000).

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

Prèvia verificació de si hi ha Història Social (HS) per intervencions anteriors per part de la UTSH, s'obrirà procés d'intervenció social, es faran constar les dades del/la pacient, el nom del representant de la família, la seua adreça i telèfon de contacte i quantes altres dades es consideren d'interés.

D. CONSENTIMENT

En cas d'acceptació en la donació (que es pot produir en l'entrevista de petició o posteriorment) hi ha dos procediments segons les característiques de l'ingrés del/la donant:

Sense autorització judicial, si ha sigut defunció sobtada per causes naturals.

Se seguiran els passos F a I.

Amb autorització judicial, si ha sigut accidental (havent-se informat, amb un comunicat al Jutjat de guàrdia, a l'ingrés, com és preceptiu en tots els casos). Se seguiran els passos de L a U.

Donada la conformitat a l'extracció, el familiar més acostat
firmarà el document "Full d'entrevista familiar" (annex f.1)

E. NEGATIVA DE LA FAMÍLIA

Confirmat el no consentiment de la família (per haver-ho expressat així en vida el pacient, per motius religiosos, etc.), finalitza el procés d'intervenció, realitzant el pas I. Se li prestarà el suport necessari als familiars de la mateixa manera que si acceptaren la donació.

Autorització no judicial

F. ENTREVISTA AMB LA FAMÍLIA

El/la ts verifica que es disposa de l'autorització firmada (annex f.1).

Verifica si disposen de pòlissa d'enterrament i en cas de no tindre, el/la ts els posa en contacte amb la funerària de guàrdia del mortuori de l'hospital (sent l'hospital qui assumix els gastos del sepeli).

Els informa de quants dubtes puguem tindre i els presta el suport necessari.

Els informa de la sol·licitud a l'INSS per a auxili per defunció.

G. ACTA PER A GASTOS DE SEPELI

En cas de no disposar de pòlissa d'enterrament el/la donant, el/la CT ompli la sol·licitud per a gastos d'enterrament (annex f.7) i el/la ts l'entrega posteriorment, en la Direcció de Gestió Econòmica, perquè l'hospital pague l'import dels gastos del sepeli a la funerària corresponent. Respecte al que cobrix els gastos de sepeli caldrà ajustar-se al que estableix respecte d'això per part de la Conselleria de Sanitat.

H. ESCRIT D'AGRAÏMENT

Als trenta dies, aproximadament, es remet una carta de condol i agraïment als familiars del / de la/donant (annex f. 8) pel / per la ts i el / la CT.

I. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del / de la ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, en finalitzar este.

Autorització judicial

L. ENTREVISTA AMB LA FAMÍLIA

Es verifica que es disposa de l'autorització firmada (annex f.1)

Es verifica si disposen de pòlissa d'enterrament i en cas de no tindre, el/la ts els posa en contacte amb la funerària de guàrdia del depòsit de l'hospital (sent l'hospital qui assumix els gastos).

Se'ls aclariexen quants dubtes puguen tindre i se'ls presta el suport emocional necessari.

Se'ls informa de la sol·licitud a l'INSS per a auxili per defunció.

Se'ls informa que hauran d'acudir al jutjat de guàrdia, abans de les 09.00 hores de l'endemà, per a fer la compareixença corresponent.

M. INFORMACIÓ AL METGE FORENSE

El/la ts crida al jutjat de guàrdia per a informar el/la metge/essa forense o un altre membre del jutjat, que es va a realitzar un extracció d'òrgans, així com l'hora prevista d'inici (pot donar-se el cas que el/la forense desitge estar present).

N. PREPARACIÓ DE DOCUMENTACIÓ

El/la ts haurà de reunir la següent documentació, per duplicat, que li serà facilitada pel /per la CT:

- Full d'entrevista familiar (annex f.1)
- El certificat de defunció omplit per tres especialistes. Els firmants del certificat no han d'intervindre en l'extracció. (annex f.2).
- La petició d'autorització judicial (annex f.3) firmada per director metge, cap de guàrdia o CT.

- Epicrisi mèdica (de la qual es faran còpies per a altres usos per part del / de la CT)
- Fotocòpia del comunicat judicial a l'ingrés (que s'obté en el Servei d'Urgències, si és del mateix dia o en l'arxiu d'Administració).
- Fotocòpia de l'electroencefalograma (EEG) pla, informat pel neurofisiòleg on conste hora d'inici i final de l'EEG.
- Comunicació de la defunció al/la jutge/essa, firmat pel/la metge/essa de guàrdia de la unitat de crítics corresponent (annex f.4).
- Autorització de la Direcció de l'hospital, amb firma delegada del/de la CT. (annex f.5)

O. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓ EN EL JUTJAT

El/la ts es desplaça al jutjat de guàrdia i entrega dos còpies de la documentació relacionada en l'apartat anterior (N) junt amb l'EEG original (per a la seua comprovació) i que li serà tornat.

P. AUTORITZACIÓ JUDICIAL

Una vegada donada l'autorització judicial a través de la interlocutòria corresponent, al/la ts informa telefònicament el/la CT de l'esmentada autorització, perquè s'inicie la intervenció.

Q. COMUNICACIÓ AMB ELS FAMILIARS

El/la ts comunica telefònicament a la família que l'extracció ha sigut autoritzada i els recorda que han d'acudir a fer la compareixença al jutjat l'endemà (abans de les 09.00 hores), on al seu torn se'ls facilitarà el certificat de defunció omplit pel / per la metge/essa forense, una vegada realitzada l'autòpsia.

R. ENTREGA DE LA INTERLOCUTÒRIA JUDICIAL AL / A LA COORDINADOR/A D'EXPLANTS

El/la ts torna al centre hospitalari amb la interlocutòria judicial i EEG original que entrega al/la CT.

El/la ts vetlarà que el/la CT remeta l'acta d'intervenció (annex f.6) al jutjat, acompanyada de la notificació de defunció per accident, document que permet el trasllat del cadàver per ordre judicial a l'Institut Anatòmic Forense per a la realització de l'autòpsia.

S. ACTA PER A GASTOS DE SEPELI

Idèntic al pas G.

T. ESCRIT D'AGRAÏMENT

Idèntic al pas H.

U. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà degudament registrada la intervenció del / de la ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, en finalitzar este.

annex f.1

DOCUMENT NÚM. 1
FULL D'ENTREVISTA FAMILIAR

Els sotasignats:

.....

.....

..... com a
(*).....

DECLAREN, l'absència d'oposició expressa de

Sr./Sra.....

..... perquè després de la seua mort es realitze l'extracció de tots els
seus òrgans i teixits vàlids, amb la finalitat de poder ser trasplantats a altres
malalts/es que ho necessiten, o amb fins científics.

València,de.....de 200

Firmat

Firmat

Firmat

(*) Indiqueu relació familiar.

annex f.2

DOCUMENT NÚM. 2**CERTIFICAT DE DEFUNCIÓ**

Sr./Sra.....llicenciat/da en
Medicina i Cirurgia, especialista en.....i
col·legiat núm.....

Sr./Sra.....llicenciat/da en
Medicina i Cirurgia, especialista en..... i
col·legiat núm.....

Sr./Sra.....llicenciado/a en
Medicina i Cirurgia, especialista eny
col·legiat núm.....

CERTIFIQUEN

Que

Sr./Sra....., ha mort
com a conseqüència
de..... havent-se
comprovat la mort encefàlica que es basa en la constatació de les troballes
fonamentals de l'exploració clínica realitzada que es detallen, així com les
condicions en què s'han realitzat:

a.- Coma arreactiu sense cap tipus de respostes motores o vegetatives a l'estímul algèsic produït en el territori dels nervis cranials; no hi ha postures de descerebració ni de decorticació.

b.- Absència de reflexos troncoencefàlics (reflexos fotomotor, corneal, oculocefàlics, oculovestibulars, nauseós i tusigen) i de resposta cardíaca a la infusió intravenosa de 0,04 mg/kg de sulfat d'atropina (test d'atropina).

c.- Apnea, demostrada per mitjà del "test d'apnea", comprovant que no hi ha moviments respiratoris toràcics ni abdominals durant el temps de desconexió del respirador suficient perquè la PCO₂ en sang arterial siga superior a 60 mm de Hg.

Els signes esmentats han sigut recollits quan el/la pacient presentava:

- a: – estabilitat hemodinàmica
- b: – oxigenació i ventilació adequades.
- c: – temperatura corporal $> 32^{\circ}\text{C}$
- d: – absència d'alteracions metabòliques, substàncies o fàrmacs depressors del SNC, que pogueren ser causants del coma.
- e: – absència de blocants neuromusculars.

I havent-se realitzat les proves instrumentals de suport diagnòstic.....

.....
.....

I perquè així conste s'expedix el present, als efectes que es contenen en el Reial Decret 2070/1999, de 30 desembre, sobre donació i trasplantament d'òrgans a València, a les hores, del dia de de dos mil.....

annex f.3

DOCUMENT NÚM. 3**AUTORITZACIÓ JUDICIAL**

Com a continuació al nostre ofici de....., la fotocòpia del qual s'acompanya, pel qual s'informava de V.I., haver assistit en esta Institució a Sr./Sra.....amb (pronòstic greu), es comunica al jutjat que este/a ha mort en este hospital, segons s'acredita en el certificat mèdic que s'adjunta, subscrit per tres facultatius de l'hospital. En la seua conseqüència se sol·licita d'eixe jutjat, es digne concedir l'oportuna autorització per a obtenció de peces anatòmiques destinades a trasplantament.....

..... fonamentalment als efectes que estableix el Reial Decret 2070/1999, de 30 desembre, sobre donació i trasplantament d'òrgans.

S'acompanya informe clínic.

València, de de 200

LA DIRECCIÓ MÈDICA

IL·LM. SR. MAGISTRAT JUTGE D'INSTRUCCIÓ NÚMERO.....

annex f.4

DOCUMENT NÚM. 4

COMUNICACIÓ DE DEFUNCIÓ AL JUTGE

IL·LM SR. JUTGE

RESUM HISTÒRIA CLÍNICA NÚM.....

NOM DEL PACIENT
que ingressa en la Unitat de Reanimació de
l'Hospital....., amb
data.....procedent de.....
.....

Diagnòstic
clínic.....
.....

ANTECEDENTS:

.....
.....

EVOLUCIÓ:.....
.....
.....
.....

Intervencions
practicades:.....
.....
.....

Possible causa de mort (si es
coneix).....
.....
.....

Data i hora de la defunció

Firmat: metge/essa de guàrdia
Unitat de Reanimació

annex f.5

DOCUMENT NÚM. 5**AUTORITZACIÓ DE LA DIRECCIÓ DE L'HOSPITAL**

El Dr./Dra....., com a director/a metge/essa de l'hospital....., a la vista de la declaració de defunció del Sr./Sra.....realitzada d'acord amb les normes vigents en el Reial Decret 2070/1999, de 30 desembre, sobre donació i trasplantament d'òrgans, pels/per les metges/esses d'este hospital i tenint en compte la manifestació prèvia dels familiars del/de la difunt/a, autoritze l'extracció d'òrgans del cadàver, per a la seua utilització com a trasplantaments.

València, de..... de 200

LA DIRECCIÓ MÈDICA

annex f.6

DOCUMENT NÚM. 7

ACTA D'INTERVENCIÓ

A les hores del dia a l'hospital
.....es va procedir a extraure del
cadàver del
Sr./Sra.....
..., els òrgans i teixits útils per a transplantaments.

ÒRGANS I TEIXITS EXTRETS

CIRURGIANS/ES

	DR./DRA.
	NÚM. COL.
	DR./DRA.
	NÚM. COL.
	DR./DRA.
	NÚM. COL.
	DR./DRA.
	NÚM. COL.
	DR./DRA.
	NÚM. COL.
	DR./DRA.
	NÚM. COL.

Estant present

Sr./Sra....., com a
director/a del centre.

València, de de 200.....

LA DIRECCIÓ MÈDICA

annex f.7

SOL·LICITUD PER A GASTOS D'ENTERRAMENT

Hospital.....de.....

De coordinació de trasplantaments

al Sr./Sra. administrador/a

Assumpte:

Els familiars del/de la pacient Sr./

Sra.....

difunt/a a.....el dia.....

Han autoritzat la realització de la donació, i desitgen acollir-se l fons econòmic que l'hospital té per a trasllat i soterrament o incineració.

Atés que, per part mèdica, és d'especial interès la realització de l'extracció d'òrgans en este cas, li pregue efectue els tràmits oportuns perquè puguem disposar d'esta ajuda.

Atentament.

Firmat.....

annex **f.8**

El senyor/ la senyora
Població

Molt Sr./ Sra. nostre/nostra

Ens dirigim a vosté, per a manifestar-los el nostre
agraïment per la generositat mostrada en moments tan difícils com els
que van viure per la pèrdua del seu familiar el senyor/ la
senyora.....

Aprofitem l'ocasió per a posar en el seu coneixement
que els òrgans han sigut trasplantats amb èxit en diverses persones
jóvens.

En nom de l'equip que ha participat en esta tasca,
reiterem el nostre agraïment i admiració per tan noble gest.

Quedant a la seua disposició en tot moment, reba
una salutació ben cordial.

València,

Firmat: Dr./Dra.
coordinador/a de trasplantaments

Firmat:
treballador/a social

annex f.9

NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- Instruccions de la Direcció General d'assistència sanitària de la Conselleria de Sanitat, de 2004, sobre ajuda per a gastos d'enterrament en donants d'òrgans.
- Llei 30/1979, de 27 d'octubre, sobre Extracció i Trasplantament d'Òrgans. (BOE núm. 266, de 6 de novembre de 1979).
- Reial Decret 2070/1999, de 30 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció i utilització clínica d'òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d'òrgans i teixits. (BOE núm. 3, de 4 de gener de 2000).
- Reial Decret 411/1996 d'1 de març, del Ministeri de Sanitat i Consum, pel qual es regulen les activitats relatives a la utilització de teixits humans (BOE núm. 72, de 23 de març de 1996).
- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2002. "Procés de donació d'òrgans". (Document no publicat)

ANNEX G

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN EL TRACTAMENT DIRECTAMENT OBSERVAT (TDO) AMB PACIENTS TUBERCULOSOS

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

INTRODUCCIÓ

El Tractament Directament Observat (d'ara en avant, TDO) consistix a assegurar l'adhesió al tractament farmacològic de la persona malalta per mitjà de la intervenció d'una tercera persona, que observa directament la presa de la medicació per part del pacient.

El lloc on es fa el tractament és en els establiments farmacèutics.

En la majoria de les malalties, el mal compliment de les prescripcions terapèutiques pot provocar que el malalt no millore de la simptomatologia o no es cure, però en la tuberculosi (d'ara en avant, TBC), a part que no es cura el pacient, el tractament mal pres afeg el risc que es mantinga la capacitat de contagi a altres persones i que es generen resistències irreversibles a algun dels escassos fàrmacs antituberculosos.

Estos tractaments solen ser complexos i de llarga duració. Això, i també l'aparició d'intoleràncies i efectes secundaris, pot ser una causa important d'incompliment.

El mètode TDO consistix a assegurar el compliment terapèutic, observant directament la presa de la medicació del pacient amb una pauta de 2 vegades a la setmana, en compte de prendre-se-la diàriament com ho faria en el seu domicili, amb una duració de 6 mesos, o 9 mesos en els casos de malalts VIH+.

POBLACIÓ DIANA

La prioritat per a entrar en el programa la tindran els pacients amb tuberculosi que tinguen factors de risc de mal compliment.

De tots estos malalts, els que més difícilment compliran el TDO són els addictes a drogues en actiu i els malalts mentals.

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüenciades que es realitzen sempre i en eixe orde quan la UTS actua en la detecció de tots els pacients que patixen tuberculosi i se'ls detecten factors de risc de mala adhesió al tractament.

Els destinataris del procés són tots els pacients susceptibles de ser inclosos en el programa TDO.

El límit inicial és la petició de valoració i intervenció de la UTSH després de la detecció per part del personal mèdic i d'infermeria.

El límit final és l'alta social per compliment del tractament o per abandó per part del pacient.

El propietari del procés és la UTSH, a través del ts membre de l'equip multidisciplinari responsable del desplegament del programa TDO en l'hospital.

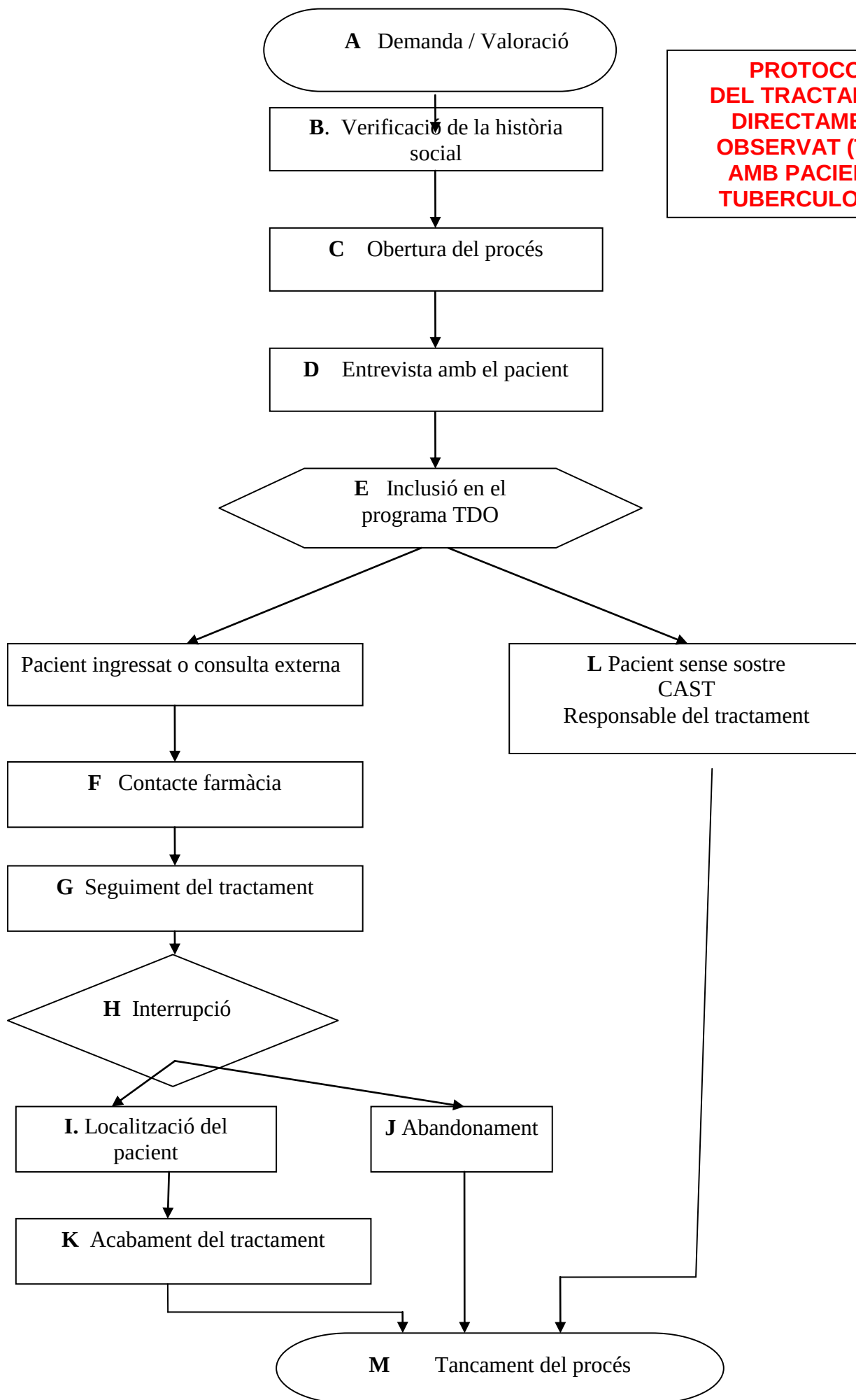
OBJECTIUS

- Aconseguir que tots els pacients que es preveu que no tindran un compliment terapèutic de forma normalitzada siguen inclosos en el programa TDO.
- Establir una bona coordinació amb les oficines de farmàcia i el col·legi de farmacèutics per al seguiment adequat dels tractaments individuals.
- Aconseguir el compliment del tractament complet per a evitar que es genere resistència als fàrmacs antituberculosos i es mantinga la capacitat de contagi per part d'estos pacients.

DIAGRAMA DE FLUX

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN EL TRACTAMENT DIRECTAMENT OBSERVAT (TDO)
AMB PACIENTS TUBERCULOSOS

**PROTOCOL
DEL TRACTAMENT
DIRECTAMENT
OBSERVAT (TDO)
AMB PACIENTS
TUBERCULOSOS**



A) DEMANDA DE VALORACIÓ I INTERVENCIÓ

Quan el metge considera que un pacient diagnosticat de TBC presentarà dificultats quant al compliment del tractament prescrit, demanarà la valoració del ts.

Els factors de risc que fan preveure un mal compliment són:

- Pacients amb mal compliment previ.
- Pacients que han demostrat dificultat en el seguiment d'altres tractaments: diabetis, antihipertensius, dietes hipocalòriques, etc.
- Usuaris de substàncies psicoactives: alcohol, drogues de qualsevol tipus, benzodiazepines, etc.
- Persones amb trastorns mentals.
- Persones que avisen des del principi que són incapaços de fer un règim terapèutic de forma continuada.
- Pacients que no han fet cap tractament profilàctic pautat prèviament.
- Immigrants en situació irregular, sense cobertura sanitària, amb problemes econòmics greus o d'apilotament en les vivendes que ocupen.

B) VERIFICACIÓ DE SI HI HA PROCÉS

Es verifica en la base de dades de la UTSH si hi ha processos d'intervenció anteriors sobre el pacient.

C) OBERTURA DEL PROCÉS

S'obri un procés d'intervenció social, en el qual s'anirà registrant la informació pertinent.

D) ENTREVISTA DE VALORACIÓ

El ts obtindrà durant l'entrevista les dades importants relatives a la localització (adreça, telèfon, etc.). Si no té domicili, caldrà consignar els llocs on pernocte habitualment (casa de caritat, albergs, etc.), els organismes amb què manté alguna relació (centres socials, servicis de transeünts, associacions de voluntariat, etc.) així com amics o amigues o altres persones que puguin localitzar-lo en un moment donat.

Valorarà la problemàtica familiar, social i econòmica, si és consumidor o no de drogues, si fa un tractament amb metadona..., a fi que puga informar-lo dels recursos i tractaments disponibles i ajudar-lo a posar-se en contacte amb els servicis que en faciliten.

La labor de mentalització del treballador o la treballadora social, explicant al malalt la gravetat de la malaltia, la possibilitat fins i tot de morir si no es medica correctament i també el perill de contagi que corren els seus familiars més pròxims si ell o ella abandona el tractament. Ha d'advertir-lo que el ts farà un seguiment exhaustiu del tractament fins el punt que a la menor fallada el localitzarà de la manera que siga.

I l'advertirà de la duració del tractament (6 mesos o 9 mesos si patix sida).

E) INCLUSIÓ EN EL TDO

Si el ts considera que el malalt és apte per a incloure'l en el TDO, ho comunica al metge.

En el cas de pacients sense domicili, s'aconsella el seguiment a través del centre de suport al CASS (Centre d'Atenció als Sense Sostre del municipi de València), que serà el responsable del tractament.

En els casos de pacients hospitalitzats, el facultatiu consigna en l'epícrisi d'alta que el malalt passa al programa TDO i especifica el tractament del malalt ambulatori. Se segueix el mateix procediment per mitjà d'una nota detallada.

F) SELECCIÓ I CONTACTE AMB LA FARMÀCIA

La busca en el llistat de farmàcies adscrites al TDO la farà el col·legi oficial de farmacèutics. Busca la més pròxima al lloc en què residisca el malalt. El ts es posa en contacte amb el farmacèutic.

Es pautarà llavors dia i hora per a una primera entrevista a fi que ambdós establisquen l'horari en què s'administrarà la medicació. El ts informarà el farmacèutic de les característiques i circumstàncies de la persona malalta que haja de saber per a relacionar-s'hi en el futur.

El pacient acudirà a la farmàcia amb una còpia de l'epícrisi i el protocol del TDO, en el qual consten les dosis i el calendari (fase d'inducció i fase de manteniment), així com les receptes.

G) SEGUIMENT DEL TRACTAMENT

En el cas que el farmacèutic detecte algun problema mèdic derivat del tractament, es posarà en contacte amb el facultatiu responsable del malalt.

Bimensualment, el ts crida a la farmàcia per a verificar el compliment.

H) INTERRUPCIÓ

Sempre que hi haja un abandonó de la medicació per part del pacient, el farmacèutic es posarà en contacte telefònic amb el ts.

I) LOCALITZACIÓ DEL PACIENT

El ts tractarà de localitzar-lo amb la màxima urgència i amb tots els mitjans al seu abast.

Les dosis que el malalt no reba s'afegiran al final de la fase corresponent del tractament.

J) ABANDÓ

Es considera que un pacient ha abandonat el tractament quan estiga un mes sense rebre'n. En este cas, haurà d'iniciar el TDO des del principi.

K) FINALITZACIÓ DEL TRACTAMENT

Quan el o la pacient acaba el TDO, així com quan l'abandone definitivament, es demanarà al farmacèutic que ho comuniqui al ts per mitjà d'un fax, que s'inclourà en la HC del pacient.

L) PACIENT SENSE SOSTRE

El centre de suport del CAST supervisa i administra els tractaments als malalts de tuberculosi sense domicili en l'àmbit de la ciutat de València.

M) TANCAMENT DEL PROCÉS

Ha de quedar ben registrada la intervenció del ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, quan acaba.

Observacions

Les receptes dels fàrmacs que es prescriuen per a la TBC, si són d'aportació del 40%, hauran de portar l'encuny de "Campanya sanitària EA", que implica l'exempció de l'aportació econòmica.

El control epidemiològic dels casos declarats el fa el Servei d'Epidemiologia de la ciutat de València en el seu àmbit i, en la resta de municipis, el Servei de Salut Pública del departament corresponent.

En cas de no trobar una farmàcia disponible s'acudirà al col·legi de farmacèutics:

Col·legi Oficial de Farmacèutics d'Alacant

C/ Jorge Juan, 8. 03002 Alacant

Tel.: 96 520 40 33

Fax: 96 520 75 87

Correu electrònic: cofa@recol.es

Web: <http://www.cofalicante.com/>

Col·legi Oficial de Farmacèutics de Castelló

C/ Ebenista Hervàs, 51. 12004 Castelló de la Plana

Tel.: 96 423 64 70

Fax: 96 422 31 94

Correu electrònic: cofs@recol.es

Col·legi Oficial de Farmacèutics de València

C/ Comte de Montornés, 7. 46003 València

Tel.: 96 392 44 71

Fax: 96 391 27 27

Correu electrònic: cofr@recol.es

Web: <http://www.cofv.es/>

Annex g.1**NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA**

- Conselleria de Sanitat. (2007) *“Guia per a la vigilància i el control de la tuberculosi”*. Generalitat Valenciana.
- Orde de 6 de març 2002 de la Conselleria de Sanitat per la qual estableix les condicions de finançament, per als pacients amb tuberculosi, de les especialitats amb els principis actius: rifabutina, rifampicina, isoniazida, pirazinamida i etambutol. (DOGV núm. 4212, de 18 de març de 2002).
- Unitat de Treball Social del Consorci Hospital General Universitari de València. 2006. “Procés TDO”. (Document no publicat.)

ANNEX H

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ EN PREPOSTTRASPLANTAMENT

Unitat de Treball Social Hospitalari

INTRODUCCIÓ

Els trasplantaments tenen com a finalitat proporcionar als receptors un òrgan que els brindarà una nova oportunitat en la vida.

Són molts els professionals i els mitjans implicats en el complex procés que comporta un trasplantament; per això és necessari establir uns canals adequats de coordinació que ajuden a garantir-ne l'èxit.

Des d'esta perspectiva, és imprescindible la intervenció del ts abans i després del trasplantament, atés que la qualitat de vida relacionada amb la salut es compon de tres dimensions: la física, que es resol amb el trasplantament; l'emocional, que requerix atenció psíquica, i la social, que requerix atenció i intervenció social.

Esta intervenció centrada en l'abordatge integral dels malalts abans i després del trasplantament, i les seues famílies, consistix a fer la valoració social del pacient, la família i el seu entorn, planificar i desplegar una intervenció que permeta assolir els objectius proposats amb el pacient, des d'un punt de vista multidisciplinari, fent les actuacions, tràmits i gestions que es consideren pertinents, i establint per a això uns canals de coordinació i seguiment adequats, tant a nivell hospitalari com extrahospitalari.

Entre les diverses modalitats de trasplantaments que es duen a terme, el trasplantament hepàtic requerix una menció especial, ja que en molts casos les malalties hepàtiques cròniques, com ara la cirrosi, són causades pel consum excessiu d'alcohol, que comporta situacions de desestructuració familiar, social i laboral en la majoria dels casos. En estes circumstàncies, la intervenció del ts resulta vinculant.

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüencials que es fan sempre i en el mateix orde quan el ts actua amb un pacient susceptible de trasplantament.

El límit inicial del procés és la demanda de valoració i intervenció o la captació del pacient pel ts, i el límit final del procés és l'alta social, que es produïx quan a criteri del ts es finalitza el procés d'intervenció per resolució, abandó voluntari de la intervenció o èxitus.

OBJECTIUS

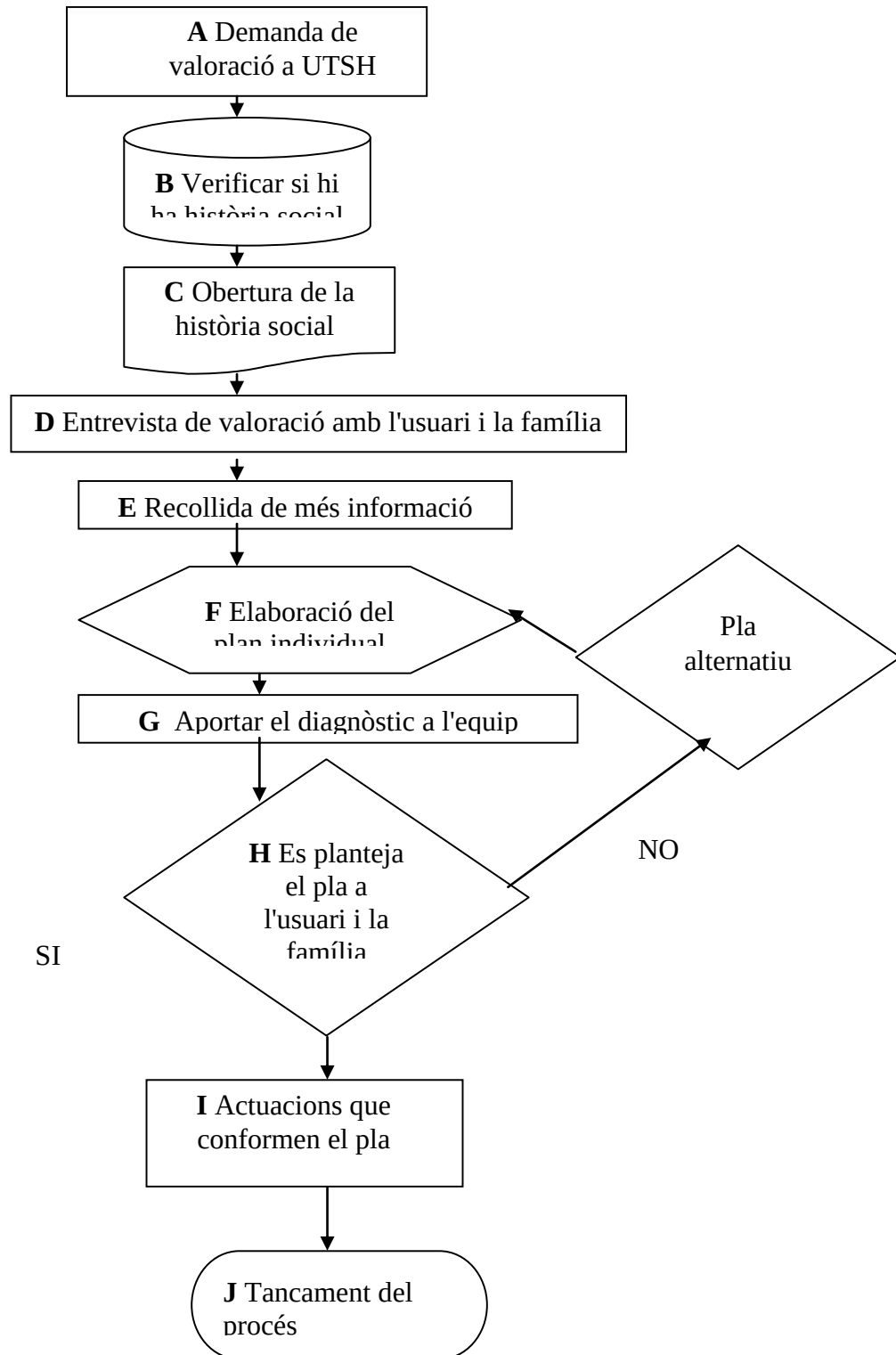
- Aportar a l'equip de salut les variables socials, econòmiques i familiars que poden incidir en el pretrasplantament i el posttrasplantament.
- Intervindre sobre els factors socials que impedisquen la millora de la qualitat de vida dels malalts abans i després del trasplantament i les seues famílies.
- Contribuir a recuperar la qualitat de vida del pacient per mitjà dels recursos psicològics i socials a l'abast.
- Establir pautes de coordinació entre els diferents nivells sanitaris i amb les associacions i fundacions de malalts que intervenen en el camp dels malalts abans i després del trasplantament.
- Establir pautes d'actuació i seguiment entre atenció primària i associacions de malalts abans, durant i després del trasplantament.

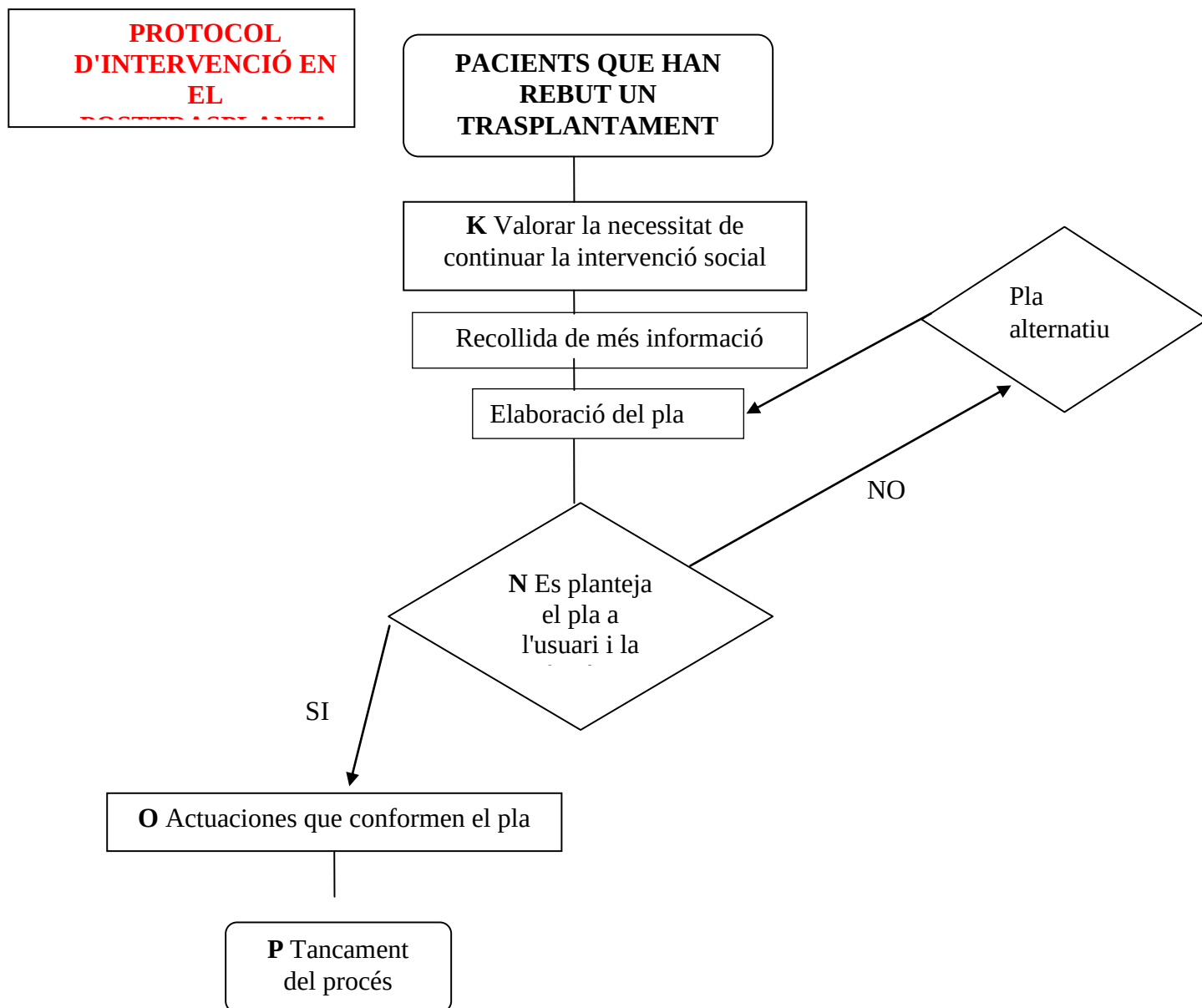
DIAGRAMA DE FLUX

ETAPES D'INTERVENCIÓ PROFESSIONAL

- Pretrasplantament
- Posttrasplantament

**PROTOCOLO
D'INTERVENCIÓ EN
PRETRASPLANTAMENT**





ETAPES DEL PROCÉS PRETRASPLANTAMENT

Amb els/les pacients considerats com a candidats a trasplantament s'inicia el protocol d'estudi de pretrasplantament.

Este protocol es realitzarà de forma ambulatoria o per mitjà d'ingrés hospitalari, segons l'estat del pacient i la disponibilitat del transport, de vegades és possible efectuar-lo en l'hospital de referència de la seua província, aportant totes les proves necessàries.

Finalitzat l'estudi, es valora cada cas de forma individual en una sessió clínica i, si el pacient o la pacient es troba en condicions de rebre un trasplantament, és inclòs en llista d'espera.

A. DEMANDA DE VALORACIÓ I INTERVENCIÓ A LA UTSH

La valoració i intervenció pot donar-se per:

Iniciativa pròpia de l'usuari:

- Coneix el servei amb anterioritat.
- Pressuposa l'existència del servei.
- Boca-orella amb altres pacients.

Derivació externa:

- Centres d'atenció primària.
- Altres hospitals: d'aguts, de crònics...
- Centres municipals de servicis socials.
- Unitats de Salut Mental.
- Associacions o fundacions de malalts.

Derivació interna:

Q) Pacients en estudi per a incloure'ls en la llista d'espera de trasplantament procedents dels diferents equips de trasplantaments de l'hospital. En els trasplantaments hepàtics, per mitjà de la circular informativa (annex j.1).

R) Consultes externes.

B. VERIFICACIÓ DE LA HISTÒRIA SOCIAL

Es busca en la base de dades si hi ha història social oberta d'intervencions anteriors. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través de la HS anterior, si ja n'hi ha.

C. OBERTURA D'UNA HISTÒRIA SOCIAL

Si hi ha HS anterior, es trau de l'arxiu. S'obri un procés d'intervenció social nou, en què s'anirà registrant la informació pertinent.

D. ENTREVISTA DE VALORACIÓ AMB L'USUARI O LA FAMÍLIA

Es fa la primera entrevista en la UTSH o en la sala.

Es proporciona suport psicosocial en la valoració per mitjà de l'escolta, en què:

- S) S'identifiquen problemes.
- T) Se suggerixen solucions.
- U) Es proposen recursos.
- V) Es consensua el pla o part del pla.

E. S'ARREPLEGA MÉS INFORMACIÓ

Es pot fer simultàniament durant l'entrevista o més tard. Consistix a contactar amb algun membre de l'equip sanitari per a informar-se sobre diagnòstic, pronòstic, tractament, previsió d'alta, grau d'autonomia per a les activitats de la vida diària, etc. Atenent la modalitat del trasplantament, s'establix la coordinació extrahospitalària amb els ts del CAP de zona o, si no n'hi ha, amb el CMSS, per a recopilar informació *in situ* del pacient i el seu entorn, per a valorar les condicions higienicosanitàries de la vivenda i el suport familiar disponible.

F. ELABORACIÓ D'UN PLA INDIVIDUAL

D'acord amb la valoració professional, s'elabora una proposta d'intervenció adequada a la fase del pretrasplantament.

- W) Amb proposició de recursos o no
- X) Reforçant actituds, decisions.

Y) Reduint ansietats.

Z) Fent una previsió de problemes nous, basada en determinats diagnòstics tant mèdics com socials.

G. S'APORTA DIAGNÒSTIC SOCIAL A L'EQUIP SANITARI

Permetrà conèixer la situació psicosocial del pacient i aportar este coneixement a l'equip de trasplantament com a element necessari del tractament integral.

En els trasplantaments hepàtics, esta informació és canalitzada per mitjà de l'informe social a l'equip de trasplantament, que considera vinculant la valoració del ts a l'hora d'incloure el pacient en llista d'espera.

H. ES PRESENTA A L'USUARI I LA FAMÍLIA EL PLA

El pla pot ser acceptat o rebutjat. En este últim ca, es revisa i s'hi proposen alternatives, si n'hi ha (pla nou).

I. ACTUACIONS QUE CONFORMEN EL PLA

– Gestions i tramitacions per a l'obtenció de recursos: en els casos en què siga necessari, el ts fa les gestions, en altres orienta el pacient o el familiar, o deriva generalment al ts del CMSS o del CAP.

Estes gestions i tramitacions poden ser:

Intrahospitalàries: petició i obtenció de l'informe mèdic.

Extrahospitalàries: sol·licitud de reconeixement del grau de discapacitat, pensions no contributives, prestacions d'incapacitat permanent de la Seguretat Social, aplicació de la Llei del Sistema d'Atenció a la Dependència i prestacions que se'n deriven, etc.

AA) Elaboració d'un informe social, si cal.

J. TANCAMENT DEL PROCÉS

Amb caràcter general, en la fase del pretrasplantament es dona per finalitzat el procés d'intervenció social per: resolució, abandó voluntari o èxitus.

Una vegada finalitzat el procés d'intervenció, es registra el procés segons el model de registre establert en la UTSH.

ETAPES DEL PROCÉS POSTTRASPLANTAMENT

Hi ha diferents situacions en què la intervenció del ts no s'ha pogut dur a terme o acabar en la fase del pretrasplantament, com ara:

- Codi 0: pacients que es troben bé abans, presenten una fallada hepàtica aguda i es presenta la denominada hepatitis fulminant. En estos casos, es considera que el pacient té un risc imminent de defunció, per la qual cosa requereix un trasplantament urgent.

- No hi ha coneixement del cas des de la UTSH durant el pretrasplantament: es tractaria dels pacients que han fet tot el protocol d'estudi en altres centres hospitalaris.

- Hi ha gestions i tramitacions pendents de les quals no ningú es responsabilitza.

- Detecció d'una sèrie d'indicadors de risc durant l'ingrés hospitalari que cal analitzar i resoldre. Estos indicadors de risc, entre altres, poden ser:

- * Suport familiar inexistent o insuficient.

- * Falta d'hàbits d'higiene personal i autoatencions.

K) VALORACIÓ DE LA NECESSITAT DE CONTINUAR LA INTERVENCIÓ SOCIAL

Es pot desprendre d'esta valoració la necessitat que continue la intervenció social per a garantir al pacient un abordatge integral de la problemàtica que permeta la resolució adequada de la situació.

L. RECOLLIDA DE MÉS INFORMACIÓ

Per mitjà de les entrevistes i reunions de coordinació amb l'equip sanitari, ens informarem sobre el pronòstic, la previsió d'alta, el grau d'autonomia per a les activitats de la vida diària, etc. S'estableix la coordinació extrahospitalària amb els ts del CAP de zona o, si no n'hi ha, amb el CMSS, per a poder reavaluar les condicions higienicosanitàries de la vivenda i el suport familiar disponible

M. ELABORACIÓ DEL PLA INDIVIDUAL

S'elabora una nova proposta d'intervenció adequada a la fase del posttrasplantament, dirigida als pacients que estan hospitalitzats tant a nivell:

- Intrahospitalari.
- Extrahospitalari.

N. ES PRESENTA A L'USUARI I LA FAMÍLIA EL PLA

El pla pot ser acceptat o rebutjat. En este últim ca, es revisa i s'hi proposen alternatives, si n'hi ha (pla nou).

O. ACTUACIONS QUE CONFORMEN EL PLA

- Gestions i tramitacions per a l'obtenció de recursos: el ts exercix una pseudotutela en els casos en què ningú es responsabilitza de fer les gestions. En altres casos, delega un familiar o amic, o es coordina amb el ts del CAP o CMSS per a fer-les.
- Coordinació amb professionals sanitaris.
- Coordinació amb professionals d'associacions de suport.
- Coordinació amb professionals de la zona implicats en el cas. Es realitzarà tant amb pacients hospitalitzats com amb pacients a l'alta hospitalària.

P. TANCAMENT DEL PROCÉS

Quedarà ben registrada la intervenció del ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés, en acabar.

CRITERIS D'ACTUACIÓ

- Fomentar la responsabilitat del pacient en les seues cures i en la presa de medicació.
- Evidenciar el component solidari de la situació en què el pacient es troba immers i de la qual s'ha beneficiat.
- Incidir en el compromís de no practicar hàbits nocius que propicien una regressió en l'evolució del trasplantament (tabac, alcohol, etc.).

COORDINACIÓ DE TRASPLANTAMENTS

INCLUSIÓ EN LA LLISTA D'ESPERA DE TRASPLANTAMENTS

Nom: _____

Ha sigut inclòs, amb data _____ en la llista d'espera de trasplantament _____, i s'ha comunicat a l'Organització Nacional de Trasplantaments.

Quan aparega un donant adequat per a vosté, l'avisarem perquè acudisca a l'hospital. Este avís pot sorgir a qualsevol hora de qualsevol dia; per tant, és imprescindible que estiga perfectament localitzable. Per a això disposem d'estos telèfons: _____. Per favor, confirme'ns que són correctes.

NORMES

1. Ha de continuar la vida normal, seguint les instruccions del metge.
2. Quan l'avisen per a vindre a l'hospital, ha de quedar-se en dejú.
3. Si no pot desplaçar-se a l'hospital pels seus mitjans, contacte abans anterioritat amb el seu metge de capçalera perquè li facilite una ambulància (un volant P10 sense data).
4. Quan l'avisen, haurà d'acudir a les portes d'Urgències en el menor temps possible, on ha de comunicar que ve per a fer-li un trasplantament. Allí l'estaran esperant i li indicaran on ha d'anar.
5. Vosté ha de saber que quan l'avisem per al trasplantament, estarà encara pendent la valoració definitiva de l'òrgan per part de l'equip quirúrgic d'extracció.

ASPECTES IMPORTANTS

– Li recomanem que en la seua pròxima visita a l'hospital, es presente en l'oficina de Coordinació de Trasplantaments, situada en la 3a secció de la 6a planta de l'Hospital General, per a poder aclarir-li els dubtes que vosté puga tindre respecte al procés.

– Ha de passar també per la Unitat de Treball Social (situada en la planta baixa, de 9 a 14 hores de dilluns a divendres), o cridar per telèfon als números 96 3860208 i 96 3862750.

Li agrairíem que comunicara a esta Coordinació les circumstàncies següents:

1. Desplaçaments que haja de fer fora de la Comunitat Valenciana.
2. Canvis de domicili o de número de telèfon.
3. Canvis importants en la situació clínica (ingressos o complicacions), per a poder adequar la realització del trasplantament a estes circumstàncies.
4. En cas de defunció o ingrés en un altre hospital abans del trasplantament, és important que se'ns informe per a evitar malentesos desagradables.

TELÈFONS DE CONTACTE: 961973005 i 963862730 (horari d'oficina)

Firma:

Coordinació de Trasplantaments

Annex h.1

NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

- Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. (2007) “Guia d’informació del pacient de trasplantament hepàtic”.
- Herrera JM, Getino MA. (1999) “Protocol de coordinació de l’actuació amb malalts pre i post trasplantats i les seues famílies en la Comunitat Canària”. *Revista Treball Social i Salut* núm. 32.
- I Jornades d’Intervenció Multidisciplinària en Fibrosi Quística. Barcelona 18 i 19 de juny de 2009
<<http://www.fibrosisquistica.org/images/recursos/63.pdf>> [Consulta: 31 de març de 2010]
- Llei 30/1979, de 27 d’octubre, sobre extracció i trasplantament d’òrgans (BOE núm. 266, de 6 de novembre de 1979).
- Morales P, Román A, coordinadors (2008) Manual Separ de procediments. Núm. 15 “Avaluació clínica i procediments de remissió del pacient candidat a trasplantament pulmonar”. Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràcica.
 - Reial Decret 2070/1999, de 30 de desembre, que regula les activitats d’obtenció i utilització clínica d’òrgans humans i la coordinació territorial en matèria de donació i trasplantament d’òrgans i teixits (BOE núm. 3, de 4 de gener de 2000)
 - Reial Decret 411/1996 d’1 de març, del Ministeri de Sanitat i Consum, pel qual regula les activitats relatives a la utilització de teixits humans(BOE núm. 72, de 23 de març de 1996).
 - Unitat de Treball Social de l’Hospital Universitari la Fe de València, 2006. “Protocol d’intervenció del ts en l’equip de trasplantament d’òrgans”. (Document no publicat.)
 - Unitat de Treball Social de l’Hospital Universitari la Fe de València. 2006. “Protocol d’intervenció del ts en un equip de trasplantament pulmonar”. (Document no publicat.)
 - Unitat de Treball Social de l’Hospital Universitari la Fe de València. 2006. “Protocol d’intervenció del ts amb pacients VIH susceptibles de trasplantament”. (Document no publicat.)

ANNEX I

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ DAVANT DE PERSONES PRESUMPTAMENT INCAPACES

UNITAT DE TREBALL SOCIAL HOSPITALARI

INTRODUCCIÓ

La incapacitació és una forma de limitar i restringir la capacitat d'obrar d'una persona.

Es constituïx per una sentència judicial que determina l'extensió i els límits de la incapacitació (incapacitat total o parcial), així com el règim de tutela o guarda a qui haja de quedar sotmesa la persona incapacitada i es pronuncia també sobre la necessitat d'internament.

Incapacitat Total

Per tal que s'incapacite una persona totalment, no n'hi ha prou que tinga una malaltia persistent de caràcter físic o psíquic, sinó que cal provar que és completament *incapaç* de governar-se a si mateixa i d'administrar els seus béns.

Incapacitat Parcial

Igual que en la incapacitació total, la persona presumptament *incapaç* patix una malaltia persistent de caràcter físic o psíquic, però a diferència que en el cas anterior la incapacitació no és total sinó de tipus *mitjà* o *atenuat*, i es veu afectada de forma parcial la capacitat de governar-se a si mateixa i d'administració dels seus béns.

El procediment d'incapacitació s'inicia amb un escrit (demanda), en el qual es comunica al jutge l'existència d'una malaltia o deficiència persistent de caràcter físic o psíquic en una determinada persona. En este procediment, la persona presumptament *incapaç* pot comparéixer en el procés amb advocat i procurador o podrà ser defensa pel Ministeri Fiscal. L'estatut jurídic de la persona *incapaç* és diferent del de la persona presumptament *incapaç*: els actes d'una persona *incapaç* són nuls de ple dret, i els d'una presumptament *incapaç* són anul·lables.

En els processos d'incapacitació s'han de fer les proves següents:

- Prova documental: són els documents públics o privats (informes mèdics emesos pels especialistes que hagueren atés la persona presumptament *incapaç*) que es van aportar a l'escrit inicial per a acreditar la discapacitat o la malaltia.

- Audiència de parents: el jutge consulta els parents pròxims de la persona presumptament incapaç, als quals pregunta per la relació de parentiu, sobre la deficiència que presenta i si estan d'acord amb el procediment d'incapacitat. S'establix com una garantia més de la persona presumptament incapaç i per a un millor coneixement de la seua personalitat.

- Examen pel jutge de la persona presumptament incapaç, amb la qual parlarà per a tindre un primer criteri sobre l'abast de la discapacitat. Açò constituïx la màxima garantia de la persona presumptament incapaç, ja que en eixe moment pot expressar les pròpies opinions davant del jutge i este pot constatar per si les habilitats i capacitats de la persona interessada per al millor detall dels límits de la capacitat d'obrar que han d'establir-se en la sentència.

El jutge ha d'acordar els dictàmens pericials mèdics necessaris encaminats a provar que hi ha malaltia o deficiència física o psíquica, el tipus o classe, si esta és permanent i si la malaltia o deficiència impedeixen a la persona presumptament incapaç governar-se a si mateixa i administrar els seus béns (si és total o parcial).

DEFINICIÓ FUNCIONAL DEL PROCÉS

Es tracta de les activitats seqüencials que es realitzen sempre i en eixe orde quan la UTSH intervé davant d'una persona presumptament incapaç i la seua possible incapacitació legal.

Els destinataris del procés són les persones presumptament incapaces, ja que tenen disminuïda o anul·lada la seua capacitat d'obrar i s'entén com la capacitat real de l'exercici dels drets i del compliment de les obligacions.

El límit inicial és la presumpció d'incapacitat per part dels familiars, del personal sanitari i del treballador social (ts), i el límit final del procés és la finalització de les actuacions necessàries per a la resolució judicial.

OBJECTIUS DEL PROCÉS

Dotar de protecció la persona presumptament incapaç, de la qual manca, per tal de propiciar el compliment dels drets que li són inherents.

Permetre que persones amb falta de capacitat puguin actuar a través dels seus representants legals o amb l'assistència d'altres que els complementen.

Informar els familiars del procediment de tràmit de la incapacitació, així com de les característiques i conseqüències.

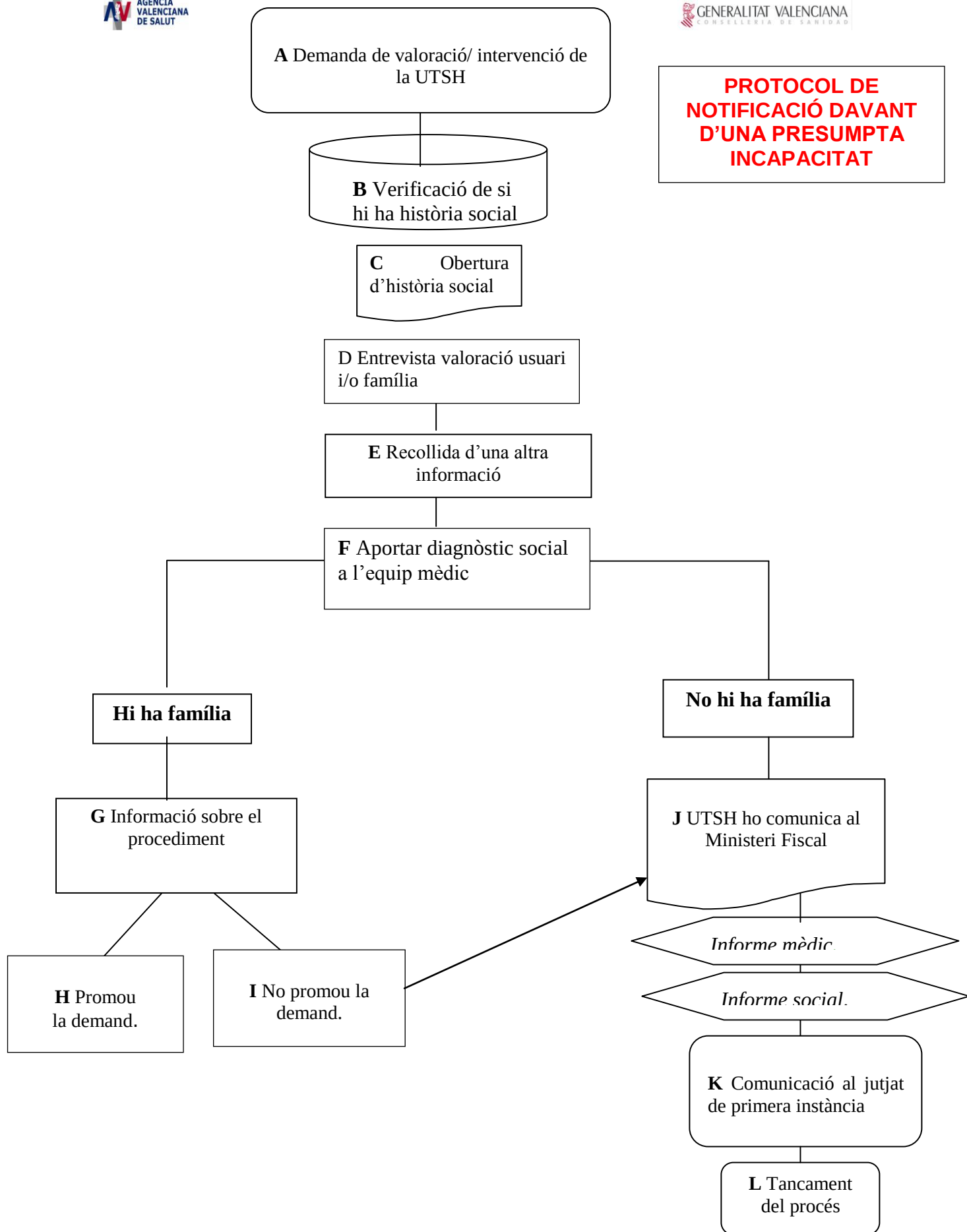
Resoldre adequadament les diferents situacions sociosanitàries. Diferenciant les situacions següents:

- Notificació d'una presumpta incapacitat davant del Ministeri Fiscal.
- Sol·licitud d'autorització judicial per a internament no voluntari en centre adequat.

DIAGRAMES DE FLUX.

Segons cada situació:

**PROTOCOL DE
NOTIFICACIÓ DAVANT
D'UNA PRESUMPTA
INCAPACITAT**



A. DEMANDA DE VALORACIÓ/INTERVENCIÓ DE LA UTSH DAVANT D'UNA PERSONA PRESUMPTAMENT INCAPAÇ

La comunicació de la detecció d'una persona presumptament incapaç a la UTSH la pot fer qualsevol dels servicis de l'hospital, per iniciativa pròpia de l'usuari, familiars o persona distinta que tinga coneixement de la situació.

B. VERIFICACIÓ DE SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL (HS)

Es busca en la base de dades si hi ha HS oberta d'intervencions anteriors. Es disposa de la informació prèvia a través del motiu de derivació i a través d'HS anterior si ja n'hi havia.

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL

Si hi havia HS anterior es trau de l'arxiu. S'obri nou Procés d'Intervenció Social en què s'anirà registrant la informació pertinent.

D. ENTREVISTA DE VALORACIÓ A L'USUARI I/O FAMILIAR

Es fa una primera entrevista en sala, urgències, habitació de l'hospital o despatx del ts (segons la situació del pacient). Es proporciona suport psicosocial al mateix temps que es:

- Identifiquen problemes.
- Suggerixen solucions.
- Informa i orienta.
- Proposen recursos.

E RECOLLIDA D'UNA ALTRA INFORMACIÓ

Es fa simultàniament durant l'entrevista o posteriorment. Consistix a contactar amb l'equip sanitari per a informar-se sobre diagnòstic, pronòstic, tractament, previsió d'alta, grau d'autonomia per a les activitats de la vida diària, capacitat de la persona per a triar i prendre decisions per si mateix, etc. Consultar també la base de dades, i contactar amb altres servicis de l'exterior (CMSS, CAP,...), familiars o coneguts que puguin proporcionar algun tipus d'informació sobre això.

F. APORTAR DIAGNÒSTIC SOCIAL A L'EQUIP MÈDIC

El diagnòstic social pot variar el pla terapèutic i permet consensuar amb l'equip sanitari la presumpció d'incapacitat del pacient, l'alta i el tractament extrahospitalari.

G. INFORMACIÓ SOBRE EL PROCEDIMENT D'INCAPACITACIÓ JUDICIAL

En el cas que la persona presumptament incapaç tinga família, se l'ha d'informar sobre la incapacitació judicial del pacient i el procediment que s'ha de seguir per a sol·licitar-la, en què consistix la incapacitació, quins efectes té, quines obligacions comporta, qui pot presentar-la, documentació necessària, etc.

H. LA FAMÍLIA PROMOU LA DEMANDA

La llei estableix que poden sol·licitar la incapacitació legal del malalt els familiars més pròxims en l'orde següent: cònjuge (o qui es trobe en situació de fet assimilable) i fills, i a falta d'estos, els ascendents i germans. En este cas, el Ministeri Fiscal assumirà la representació i defensa del demandat si no compareix amb la seua pròpia representació processal.

En el cas que siga la família la que promoga la demanda d'incapacitació judicial, se'ls facilitarà el document que consta en l'annex i.1 i es dóna per finalitzada la intervenció del ts en este aspecte.

I. LA FAMÍLIA NO PROMOU LA DEMANDA

En el cas que la família no promoga la demanda d'incapacitació es passa a actuar com si el pacient no tinguera família (pas J)

J. NOTIFICACIÓ D'UNA PRESUMPTA INCAPACITAT AL MINISTERI FISCAL

En el cas que no hi haja família o, si n'hi ha, no promou la demanda d'incapacitació judicial del pacient, i sempre que es considere que el pacient es troba en una situació de desprotecció i sense capacitat per a triar i prendre decisions sobre els aspectes importants de la seua vida, s'ha de comunicar al Ministeri Fiscal l'existència d'una persona presumptament incapaç. S'adjunta en l'annex i.2 el model de notificació d'una presumpta incapacitat, al qual s'ha d'adjuntar un informe mèdic i un informe social.

La llei estableix que les autoritats i funcionaris públics que, per raó dels seus càrrecs, coneguen l'existència d'una possible causa d'incapacitació en una persona, han de comunicar-ho al Ministeri Fiscal, el qual és el que ha de sol·licitar la incapacitació legal. S'ha de nomenar un defensor judicial que represente el malalt en el procés.

Informe mèdic

A l'escrit que sol·licita el procediment d'incapacitació cal adjuntar un informe mèdic de l'hospital que aporte alguna informació rellevant per la qual es considere necessari iniciar el procediment d'incapacitació judicial.

Informe social

Convé adjuntar als documents anteriors un informe social realitzat pel ts, amb tota la informació que pugui ser d'utilitat en el procés d'incapacitació del pacient.

K. COMUNICACIÓ AL JUTJAT DE PRIMERA INSTÀNCIA.

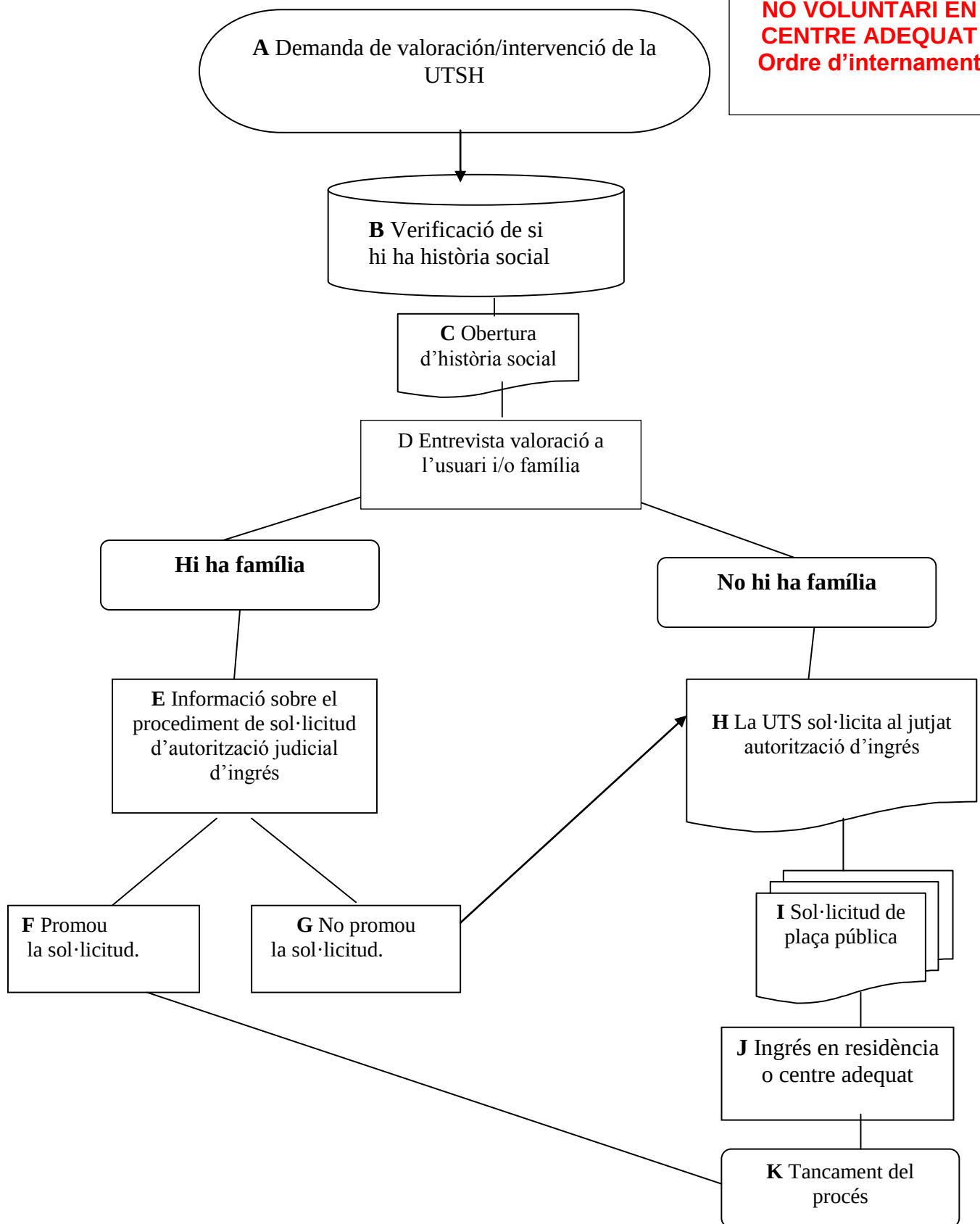
La carta d'inici d'incapacitat dirigida al Ministeri Fiscal, juntament amb l'informe mèdic i l'informe social, s'ha d'enviar al jutjat de primera instància del lloc on residisca el/la pacient, perquè s'iniciï el procediment d'incapacitació judicial. (Annex i.2)

La resolució judicial s'ha de comunicar generalment, després de l'hospitalització, excepte en casos excepcionals en què per la gravetat o urgència es resol abans de l'alta hospitalària. La sentència judicial determina l'extensió i límits de la incapacitat (total o parcial), el règim de tutela aplicable i la persona encarregada de la tutela.

L. TANCAMENT DEL PROCÉS

Ha de quedar ben registrada la intervenció del ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés quan finalitzi.

**PROTOCOL D'INGRÉS
NO VOLUNTARI EN
CENTRE ADEQUAT
Ordre d'internament**



- DEMANDA DE VALORACIÓ/INTERVENCIÓ DE LA UTSH DAVANT DE LA DETECCIÓ D'UNA PERSONA PRESUMPTAMENT INCAPAÇ O INCAPAÇ RECONEGUDA JUDICIALMENT PER A L'INGRÉS EN PLAÇA PÚBLICA.

La comunicació a la UTSH de la detecció d'una persona presumptament incapaç o incapaç reconeguda judicialment, pot realitzar-se per part de qualsevol dels servicis de l'hospital, per iniciativa pròpia de l'usuari, familiars o per una persona distinta que tinga coneixement de la situació.

B. VERIFICACIÓ DE SI HI HA HISTÒRIA SOCIAL.

Es busca en la base de dades si hi ha HS oberta d'intervencions anteriors; en cas contrari, s'obri HS.

C. OBERTURA D'HISTÒRIA SOCIAL.

Si hi ha HS anterior es trau de l'arxiu. S'obri nou procés d'intervenció social en què s'anirà registrant la informació pertinent.

D. ENTREVISTA DE VALORACIÓ A L'USUARI I/O FAMILIAR

Es realitza una primera entrevista en sala, urgències, habitació de l'hospital o despatx del ts, (segons situació del pacient). Es proporciona suport psicosocial al mateix temps que se:

- Identifiquen problemes per a l'atenció en el domicili.
- Suggesten solucions alternatives a l'internament.
- Valora si l'ingrés en centre és el recurs més idoni.
- Es coneix si es tracta d'un presumpte incapaç o d'una persona incapacitada judicialment.
- Informa i orienta sobre el procediment d'ingrés en plaça pública

E. INFORMACIÓ SOBRE EL PROCEDIMENT DE SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ JUDICIAL D'INGRÉS.

Persona incapacitada judicialment:

En el cas que la persona incapaç tinga família, se l'ha d'informar que l'internament d'una persona major que no té capacitat d'autogovern requerirà,

abans d'ingressar-la en una residència (ingrés ordinari), l'existència d'una autorització judicial d'internament involuntari. És a dir, que això es fa contra la voluntat del pacient o almenys sense la concurrència de la seua voluntat, bé perquè no ho desitja o bé perquè no posseïx capacitat d'autogovern suficient per a decidir-ho (Codi Civil, article 211).

Persona presumptament incapaç:

Quan hi ha un informe mèdic que posa de manifest l'existència d'una patologia mental que afecta de manera notable la capacitat de decisió, la "presumpció de capacitat" es torna "presumpció d'incapacitat". Una vegada establida la presumpció d'incapacitat, els ingressos residencials no es consideren ja com a voluntaris, sinó com a "involuntaris" i se sotmeten a control judicial.

Una altra de les conseqüències d'este estat és que qualsevol persona pot comunicar-ho al Ministeri Fiscal a fi que valore la necessitat o conveniència d'instar la declaració d'incapacitat.

La incapacitació resulta imprescindible per a realitzar actes sobre la persona incapaç per als quals és necessària l'autorització judicial

Així mateix, s'ha d'informar que, per a l'ingrés en plaça pública, serà requisit suficient presentar una còpia de la sol·licitud d'autorització judicial per a l'ingrés en plaça pública amb registre d'entrada en el jutjat.

F. LA FAMÍLIA PROMOU LA SOL·LICITUD

En el cas que siga la família la que promoga la sol·licitud d'autorització judicial per a l'ingrés en plaça pública, se li ha de facilitar el document de l'annex i.3 i es dóna per finalitzada la intervenció del ts en este aspecte.

G. LA FAMÍLIA NO PROMOU LA SOL·LICITUD

En el cas que la família no promoga la sol·licitud d'autorització judicial per a l'ingrés en plaça pública, es passa a actuar com si el pacient no tinguera família. (pas H).

H. LA UTSH SOL·LICITA AL JUTJAT AUTORITZACIÓ D'INGRÉS

En el cas que no hi haja família, o que sí que n'hi haja però no promou la sol·licitud d'autorització judicial per a l'ingrés en plaça pública del pacient, el ts ha de sol·licitar al jutjat autorització d'ingrés segons model que consta en l'annex i.3.

I. SOL·LICITUD DE PLAÇA PÚBLICA

Sol·licitud ordinària

Se sol·licita plaça de residència pel procediment habitual, al qual s'adjunta sempre una còpia de la sol·licitud d'autorització judicial i la resolució d'incapacitat, si n'hi havia.

Sol·licitud urgent

El ts ha d'elaborar un informe social amb totes les dades que figuren en el seu poder.

El metge ha d'emetre un informe mèdic que indique l'existència de trastorn psíquic, la conveniència de l'ingrés en una residència, la falta de capacitat del major per a decidir per si mateix i la urgència de la intervenció

El ts ha de posar els fets en coneixement de la CBS, Secció Tercera Edat, pel mitjà més ràpid: telèfon, fax, i sol·licitar que, amb caràcter prioritari i urgent, es facilite una plaça en residència o un altre recurs assistencial; per a això ha d'adjuntar a la documentació requerida en el procediment habitual, l'informe social i mèdic que justifiquen el caràcter urgent.

J. INGRÉS EN RESIDÈNCIA O CENTRE ADEQUAT

Rebuda per part de la CBS la resolució de concessió de plaça en residència de tercera edat o centre adequat, i després de l'alta clínica, s'ha de procedir al trasllat del pacient al centre.

Generalment es fa l'ingrés sense l'autorització judicial, encara que a vegades el metge forense i el jutge es personen en l'hospital per a practicar les proves i es produïx la resolució judicial d'autorització de l'internament per mitjà d'una "orde d'internament" prèvia a l'ingrés.

K. TANCAMENT DEL PROCÉS

Ben presentada la sol·licitud davant del jutjat, n'ha de quedar una còpia en la HS del pacient i una altra còpia s'ha d'adjuntar a la sol·licitud d'ingrés en centre adequat.

Ha de quedar ben registrada la intervenció del ts al llarg de tot el procés segons el sistema de registre establert, així com el tancament del procés quan acabe.

CRITERIS D'ACTUACIÓ

- Potenciar que siga la família la que promoga el procés.
- Ser conscients de les dificultats que estos processos impliquen per als familiars no coneixedors del sistema judicial i els seus procediments, i facilitar tanta informació i documentació com necessiten.
- Propiciar que el procés d'incapacitació supose una acció protectora per al familiar viscut de forma positiva.
- Valoració exhaustiva que permeta decidir adequadament l'inici de l'expedient d'incapacitació des de l'hospital o la derivació del pacient al domicili des d'on la família o els servicis socials municipals han d'iniciar-ne la tramitació.

Sr./Sra. fiscal:

(nom i cognoms) _____,
major d'edat, amb domicili a _____,
carrer _____, núm. _____ i amb DNI
núm. _____, i per tal de poder representar davant de
l'Administració Pública (nom i cognoms) _____
amb DNI _____ nascut/da el
dia _____ d _____ de _____, a la localitat de
_____, província de _____.

DECLARA sota la seua responsabilitat:

1r) Que té sota la seua guarda i atenció la persona anteriorment citada
per les raons que a continuació s'expressen: _____

2n) Que la dita persona presenta símptomes d'una presumible falta de
capacitat i d'autogovern, per la qual cosa s'adjunta un informe mèdic.

3r) Que la persona presumptament incapaç té els familiars següents:

_____ (allisteu-los amb noms, cognoms, DNI,
adreça i grau de parentiu. En el cas que no se'n coneguen, cal indicar-ho).

4t) Que comunicarà a l'Administració Pública de forma immediata
qualsevol canvi que, en relació amb la custòdia de la persona presumptament
incapaç, puga succeir en el futur.

(lloc i data)

(firma i nom de qui firma)

DEGANAT DELS JUTJATS DE LA CIUTAT DE _____

S'adjunta la documentació següent:

- Certificat mèdic de la persona presumptament incapaç.
- Fotocòpia del DNI de la persona presumptament incapaç.
- Fotocòpia del DNI del familiar que notifica la presumpta incapacitat.

DEGANAT DELS JUTJATS DE LA CIUTAT DE _____

Sr./Sra fiscal:

Segons que preveu l'article 203 del Codi Civil, li comuniquem els fets següents:

1r) Que la Unitat de Treball Social de l'Hospital _____, ha detectat l'existència d'una possible causa d'incapacitació en la persona d _____, amb DNI núm. _____, nascut/da el dia _____ d _____ de _____, a la localitat de _____, província de _____, i estat civil _____.

2n) Que la dita persona presenta símptomes d'una presumible falta de capacitat i d'autogovern, per la qual cosa s'adjunta un informe mèdic.

3r) Que no consta a esta part que la dita persona estiga declarada incapaç per una resolució judicial.

4t) Que el presumpte incapaç té els familiars següents:

_____ (allisteu-los amb noms, cognoms, DNI, adreça i grau de parentiu. En el cas que no se'n coneguen, cal indicar-ho).

5t) Si hi ha guardador de fet se n'especificarà el nom, cognoms, DNI i adreça _____.

(Lloc i data)

(firma i nom de qui firma)

Treballador/a social.

Núm. de col·legiat:

DEGANAT DELS JUTJATS DE LA CIUTAT DE _____

S'adjunta la documentació següent:

- Certificat mèdic de la persona presumptament incapaç.
- Fotocòpia del DNI de la persona presumptament incapaç.
- Fotocòpia del DNI del treballador social que notifica la presumpta incapacitat.
- Identificació del treballador social com a professional sanitari en l'hospital.

DEGANAT DELS JUTJATS DE LA CIUTAT DE_____

 GENERALITAT VALENCIANA	SOL·LICITUD D'INTELOCUTÒRIA D'INTERNAMENT D'UN PRESUMPT E INCAPAÇ SOLICITUD DE AUTO DE INTERNAMENTO DE UN PRESUNTO INCAPAZ
A DADOS DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE	
Cognoms i apellidos _____	Nom i nom de solista _____
Adreça postal, ciutat, província, país, telèfon i correu electrònic _____	
Edat i data de naixement _____	Identificació personal _____
B COMPAREIX I MANIFESTA / COMPARECE Y MANIFIESTA	
Que D./Dña. _____ amb DNI _____ natural de _____ (_____) està diagnosticada de _____ malaltia que no li permet tenir capacitat de decisió sobre les seues elementals necessitats personals, per la qual cosa pot patir possibles causes d'insopresat de qualitat pel·ligre. Que a causa de la seua situació social necessita ser atesa en una Residència Assistida de 3a Edat. No obstant això, a causa de la seua falta de capacitat, no pot manifestar per ella mateixa la seua voluntat d'ingrés i permanència en una Residència, per la qual cosa en compliment de l'article 763.1 de la Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Esguiment Civil: Que D./Dña. _____ con DNI _____ natural de _____ (_____) està diagnosticada de _____ enfermedad que no le permite tener capacidad de decisión sobre las más elementales necesidades personales, por lo que puede padecer posibles causas de insopresat de calidad peligr. Que debido a su situación social necesita ser atendida en una Residencia Asistida de 3ª Edad. No obstante, debido a su falta de capacidad, no puede manifestar por ella misma su voluntad de ingreso y permanencia en una Residencia, por lo que en cumplimiento del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Esguiment Civil:	
C SOL·LICITUD / SOLICITUD	
SOL·LICITA al jutge que tenint per presentat este escrit, l'admetre, tenint per promoguda l'autorització judicial prèvia per a l'internament del presumpte incape, en una Residència Assistida adequada a les seues necessitats. SOL·LICITA al juzgado que teniendo por presentado este escrito, se sirva admitirlo, teniendo por promovida la autorización judicial previa para el internamiento del presunto incapaz en una Residencia Asistida adecuada a sus necesidades.	
_____ de _____ de _____ La persona sol·licitant / La persona solicitante	
Firma: _____	
_____ (Espai reservat per a la signatura i segell de l'autoritat judicial)	
_____ (Espai reservat per a la signatura i segell de l'autoritat judicial)	

INFORMACIÓ A LA FAMÍLIA SOBRE INCAPACITACIÓ JUDICIAL

La incapacitació:

Per a saber què significa ser una persona jurídicament incapaç, hem de conèixer que:

La *capacitat jurídica* és la possibilitat que tot individu té de ser subjecte de drets i obligacions. És una capacitat que tenen totes les persones durant tota la seua vida, només es perd amb la mort.

La *capacitat d'obrar* és la possibilitat real en el ple exercici dels drets civils. La que tenen els ciutadans majors de 18 anys.

La incapacitació fa referència al descens o l'anul·lació de la capacitat d'obrar. Per a això, fa falta una sentència judicial, la qual determinarà: l'extensió i límits de la incapacitat (total o parcial), el règim de tutela aplicable i la persona encarregada de la tutela.

La incapacitació és sempre en interès de la persona afectada. D'esta manera es pretén assegurar la correcta cura i atenció personal de la persona incapacitada, així com preservar els seus interessos patrimonials. Els intervals lúcids no impediran la incapacitació si l'estat general de la persona és d'absència d'autogovern.

El jutge ha de decidir la capacitat d'autogovern del pacient i, per tant, la conveniència o no de la incapacitació, valorant els aspectes següents:

- audiència dels familiars més pròxims
- valoració dels informes mèdics del pèrit designat judicialment
- exploració judicial de la persona presumptament incapaç

Este procés serà competència del **jutjat de primera instància** del lloc on residisca el malalt. La sentència es comunica d'ofici al Registre Civil, i al Registre Mercantil i de la Propietat, si és el cas.

La llei estableix que poden sol·licitar la incapacitació legal del malalt les persones següents:

1. Familiars més pròxims en l'orde següent: cònjuge (o qui es trobe en situació de fet assimilable) i fills, i a falta d'estos, els ascendents i germans de la persona presumptament incapaç. En este cas, el Ministeri Fiscal assumirà la representació i defensa del demandat si no compareix amb representació processal pròpia.
2. Ministeri Fiscal: quan no hi ha els parents mencionats o no ho han sol·licitat. En este cas, se li nomena un defensor judicial que el represente en el procés.

Sol·licitada la incapacitació judicial, el jutjat ho comunica a la persona presumptament incapaç.

Si els familiars posen la presumpta situació d'incapacitat en coneixement del fiscal perquè este inicie el procediment, el cost és nul.

El procediment només té cost econòmic quan s'inicia directament pels particulars, ja que necessiten contractar els servicis d'un advocat i un procurador

En què consistix la tutela?

Si la persona major no pot exercir determinats drets, algú ha d'exercir-los per ella. A eixe algú l'anomenem tutor i té la funció de protegir la persona declarada incapaç. El jutge nomenarà una persona.

El tutor està obligat a vetlar per la persona tutelada i, particularment, a procurar-li aliments, promoure la recuperació de la capacitat de la persona tutelada i la seua millor inserció en la societat, i a informar el jutge sobre la situació de la persona incapacitada. Serà, així mateix, l'administrador legal del seu patrimoni.

Una vegada es nomena tutor, este pren possessió del càrrec, té l'obligació de fer un inventari dels béns en un termini de 60 dies, i és exigible una fiança.

Cada any ha de retre comptes en el jutjat sobre com s'han administrat els béns de la tutela/a, i s'establix la possibilitat de remuneració per al/la tutor/a amb fins al 20% dels fruits del/de la incapacitat/a.

En el règim de tutoria cal demanar autorització per a una sèrie d'actes: per a internar al/la tutela/a en un centre residencial, vendre immobles, establir gastos que s'isquen del corrent, sol·licitar préstecs, acceptar herències, renunciar drets, En definitiva, per a tot el que puga afectar greument el/la tutela/a o comprometre el seu patrimoni.

Què és la guarda de fet?

Fa referència a situacions en què una persona, sense haver-hi sigut nomenada judicialment, s'encarrega de la guarda d'una altra persona que és presumptament incapaç.

És molt eficaç per als que no tenen un patrimoni "complicat", sinó simplement una pensió fàcilment administrable. Si, a més, tenen també un testament que aclarix prou el pas dels seus béns als hereus, i es preveu que no s'hauran de prendre grans decisions en relació amb temes econòmics o sanitaris, tot això fa aconsellable romandre sota la protecció d'un guardador de fet

Sol·licitud d'internament:

L'internament d'una persona que no posseïx capacitat d'autogovern requerix l'autorització prèvia judicial llevat que raons d'urgència feren necessària la immediata adopció d'eixa mesura, de la qual es donarà compte com més prompte millor al jutge, i en tot cas dins del termini de 24 hores.

En la sol·licitud s'ha d'indicar el centre d'internament i s'han d'aportar informes mèdics i qualssevol altres que siguen necessaris.

El testament:

La capacitat de l'estat mental del testador és de la màxima importància en el moment d'atorgar el testament. Una persona declarada incapaç no pot, en principi, atorgar testament excepte en el cas que dos metges (designats pel notari) testifiquen davant de notari que, en el moment concret d'atorgar-lo, es

troba prou bé mentalment com per a saber exactament l'abast real de l'acte que està realitzant.

L'autotutela:

És la possibilitat de nomenar anticipadament la persona que volem que ens represente en el futur, per al cas que arribem a perdre la nostra capacitat d'autogovern i hàgem de ser incapacitats.

Pot sol·licitar-la qualsevol persona amb capacitat d'obrar, prenent decisions respecte a la seua persona i béns, nomenar la persona de la seua preferència per a ser el seu tutor o indicar la persona que en cap cas consideraria adequada perquè siga el seu tutor.

És necessari fer-ho en document públic notarial. El notari ho comunica al registre civil per a la inscripció.

annex i.5

NORMATIVA I PUBLICACIONS DE REFERÈNCIA

-“II Congrés Internacional de Neuropsicologia en Internet”

<<http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Delgado.pdf>>

[Consulta: 15 maig 2008]

– IMSERSO “*Pautas de actuación en caso de personas mayores que viven solas y no pueden valerse por sí mismas*”. Informes portal mayores. <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/santos-pautas-01.pdf>

– Gomis, M. Unidad de Coordinación de la Asistencia Socio-Sanitaria (UCASS). Hospital Sant Vicent del Raspeig “Curso de Formación para Cuidadores de Pacientes con Demencia”

<<http://www.hsanvicente.san.gva.es/formacion%20cuidadores/SESSION5-ASPECTOS%20LEGALES-SOCIALES-ECONOMICOS.pdf>> [Consulta: 25 mig 2008]

– Jiménez de Arcos, P. “*Incapacitación judicial*”

<<http://www.femasam.org/pdf/actividades/2005%20incapacitaci%C3%B3n.pdf>>

[Consulta: 31 octubre 2009]

– Llei 13/1983, de 24 d’octubre, de Reforma del Codi Civil en matèria de tutela. BOE 26 d’octubre de 1983.

– “*La incapacitación, garantía de protección de los derechos de las personas mayores*”. 2003 Departament de Política Social. Diputació Foral de Guipúscoa

<<http://www.gizartepolitika.net/archivos/publicaciones/Gaitasun%20gabetza%20WEB.pdf>> [Consulta: 02 desembre 2008]