**MODELO INFORME SOBRE PROCESO MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y DEPENDENCIA**

Médico/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegiado/a nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al objeto de que el/la paciente D./Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que ha realizado la primera solicitud de la prestación de ayuda para morir con fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disponga por escrito de toda la información que exigen los artículos 5.1.b) y 8.1 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, se le informa sobre:

**Proceso médico (1)**

**Alternativas/posibilidades de actuación (incluidos cuidados paliativos)**

**Otras observaciones (incluidas prestaciones derivadas del reconocimiento de la situación de dependencia)**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202\_\_

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Este documento le será entregado en los tres días naturales siguientes al inicio del proceso deliberativo, junto con el “DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE QUE HA SOLICITADO SU DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR”

1. Este apartado podrá incluir información relativa a:

* Resumen de Historia Clínica y Exploración
* Resumen de la actividad asistencial prestada, incluyendo en su caso las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución.
* Diagnóstico principal.
* Otros diagnósticos acompañantes.
* Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos.
* Resumen de acciones terapéuticas emprendidas.