**MODELO E8**

MODELO E8

**SOLICITUD DE ASESORAMIENTO PARA CERTIFICAR CONTEXTO EUTANÁSICO**

**DATOS DEL MÉDICO RESPONSABLE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico colegiado nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo y centro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR**

(Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/PASAPORTE Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tras realizar la entrevista clínica y análisis de la historia del paciente arriba indicado, no he podido tomar una decisión concluyente que me permita certificar o descartar, que el paciente sufre una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en la LORE, por lo que solicito se me facilite una interconsulta de asesoramiento con un profesional sanitario experto.

**DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE DE INTERÉS PARA LA INTERCONSULTA SOLICITADA:**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

FIRMADO, El médico/a

ENVIAR ADJUNTO MEDIANTE MENSAJERÍA SANITARIA MAS A LA SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA (UNIDAD SUBDIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA EN SECCIÓN “SCS”).