**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. (FINALIZACIÓN DEL PROCESO DELIBERATIVO MÉDICO RESPONSABLE-PACIENTE) (v2.0 24-01-2022)**

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

**1. DATOS DEL/LA PACIENTE SOLICITANTE**

D. /Dña.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad/residencia legal/certificado de empadronamiento acreditativo de permanencia en territorio español superior a doce meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y CP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA**

* He sido informado/a adecuadamente, de **forma verbal y por escrito**, por el médico responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión de **forma** **voluntaria, libre y consciente**.
* He recibido una copia de la información, en la que se incluye la información que existe actualmente, **sobre mi proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la Cartera Común de Servicios y a las prestaciones a las que tengo derecho**, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia.

Esta documentación se me ha facilitado en formatos adecuados y adaptados

* He **formulado dos solicitudes** de **manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por **otro medio que permita dejar constancia** (*Indicar otros medios*): *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* Que mi voluntad la ejerzo **con absoluta libertad de decisión y sin presión externa** de cualquier índole, que mi decisión se mantiene tras reiterar mi voluntad al médico responsable con plena, total y amplia información.
* El **médico** **responsable** ha **certificado**:

[ ] que **sufro** una **enfermedad grave e incurable**

[ ] que **sufro** un **padecimiento grave, crónico e imposibilitante**

[ ] que actúo de forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita.

* He sido informado/a de que un médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.
* He sido informado/a que puedo elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:
* La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. **En este caso el médico responsable, así como el resto de profesionales del equipo asistencial me asistirán hasta el momento de mi muerte.**
* La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. **En este caso, el médico responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento**.

**De las modalidades posibles** de prestación de ayuda para morir**, deseo que se realice:**

**[ ] La administración directa (vía iv)** de una sustancia por un profesional sanitario.

**[ ] La prescripción o suministro a mi persona** por parte del profesional sanitario de una sustancia**, de manera que yo mismo/a, me la pueda auto administrar, para causar mi propia muerte.** Dentro de esta modalidad de prestación deseo que se me administre:

[ ] Administración oral: Tomar, yo mismo/a, los medicamentos suministrados por el equipo asistencial.

[ ] Administración intravenosa: Abrir, yo mismo/a la llave de la bomba de infusión del medicamento inductor del coma, siendo así yo el/la que inicia el proceso.

En el caso de elección de la autoadministración por vía oral:

[ ] Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico responsable y equipo asistencial a utilizar la modalidad intravenosa.

[ ] Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico responsable y equipo asistencial a utilizar la modalidad intravenosa.

* He sido informado/a de **mi derecho a desistir** en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una **vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido** por la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma.
* He sido informado/a **que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda para morir**.Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
* He sido informado/a sobre **el procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
* He sido **informado/a de mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales** de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor que mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.
* He sido **informado/a sobre el procedimiento de consulta al/la médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de mi Comunidad Autónoma**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión.
* He sido **informado/a de mi derecho a mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico responsable** para aclarar cualquier duda.
* He sido informado/a **de mi derecho de acompañamiento de persona o personas**, que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.
* He sido informado/a de **mi derecho de aplazar la efectiva realización** de la prestación de ayuda a morir, por un periodo que no podrá superar los 2 meses desde que la Comisión de Garantía y Evaluación reconoció mi derecho a recibir la prestación, a fin de garantizar que sigo cumpliendo todos los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir. Transcurrido ese plazo será preciso un nuevo inicio del procedimiento.
* He sido informado/a que la prestación de ayuda a morir se hará con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**3.- DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

La organización Nacional de Trasplantes de España informa que el fallecimiento tras la prestación de ayuda para morir es compatible con la donación deórganos, en concreto con la donación en asistolia o donación enparada cardio-respiratoria. La donación en asistolia ya se realiza contodas las garantías éticas y legales en más de un centenar dehospitales de todo el país. Dado que en la prestación de ayuda amorir, las personas fallecen tras una parada cardiorrespiratoria en unentorno controlado, también pueden ser donantes de órganos enasistolia, si es éste es su deseo y no presentan contraindicacionesmédicas para donar.

[ ] Solicito ser informado sobre el procedimiento de donación de órganos y tejidos:

**Con toda la previa información:**

**4.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.**

Transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico responsable Dr/Dra.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE **CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO** DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR.

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

Don/Doña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Don/Doña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.- EXPRESO MI VOLUNTAD DE QUE LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR SE REALICE EN:**

[ ] En el Centro sanitario (indicar):

[ ] En el siguiente domicilio:

Yo, el paciente, declaro haber leído y comprendido este consentimiento informado y manifiesto mi conformidad con la totalidad de su contenido, el cual firmo en todas sus hojas junto con el médico responsable,

en a de 202

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmado: El/la paciente. Firmado: El/la Médico Responsable.