**INFORMACIÓN PROCESO DELIBERATIVO 2º**

(Retomar el proceso deliberativo en un plazo de **2 días** **naturales** de recibir la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir y realizar el informe una vez transcurrido el plazo abierto de **5 días naturales**)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **colegiado** nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **Médico** Responsable del **Paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con **DNI** nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad y domicilio en (localidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código postal \_\_\_\_\_

Tras recibir y valorar la **segunda solicitud** (Modelo E22) de prestación de ayuda a morir por parte del paciente arriba indicado en fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICO**

Que he llevado a cabo, conjuntamente con el paciente, un **segundo** **proceso deliberativo** del que se resume lo siguiente: Se han resuelto dudas o necesidades de ampliación de información respecto a:

* **Diagnóstico**
* **Posibilidades terapéuticas y resultados esperables**
* **Posibles cuidados paliativos**
* **Posibles prestaciones de atención a la dependencia de conformidad a la normativa vigente**

**Conclusiones más destacables de dicho proceso deliberativo:**

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

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_

**Estoy conforme con la información facilitada**

 **Fdo: EL PACIENTE Fdo: MÉDICO RESPONSABLE**