



Anexo III. Modelo de nomeamento/revogación do/a médico/a responsable – médico/a consultor/a

Nomeamento do/a médico/a responsable na PAM

De conformidade co establecido na Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia, e despois de recibir a **1ª solicitude** de prestación de axuda para morrer de D/Dª _____, **que se acompaña**,

designo como **médico/a responsable** neste caso, con código _____, ao/á Dr/Dra. _____

Como tal, ten ao seu cargo coordinar toda a información e a asistencia sanitaria do/a paciente, co carácter de interlocutor/a principal, no referente á súa atención e información durante o proceso en relación á prestación de axuda para morrer.

Tamén se encargará de remitir á dirección asistencial os documentos que deben figurar na carpeta PAM da historia clínica do paciente, para que esta, á súa vez, os traslade ao Servizo de Documentación Clínica.

Nomeamento do/a médico/a consultor/a

De conformidade co establecido na Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia, designo como **médico/a consultor/a** no procedemento con código _____, ao/á Dr/Dra _____, facultativo/a con formación no ámbito das patoloxías que padece o/a paciente, que non pertence ao equipo asistencial que o/a atende nin é o facultativo/a especialista responsable habitual do seguimento da súa patoloxía principal.

O/a médico/a consultor/a deberá estudar a historia clínica, examinar ao/á paciente, verificar se cumpre ou non os requisitos establecidos, cubrir o Anexo XVII. Informe do/a médico/a consultor/a da prestación de axuda para morrer, elaborar **un segundo informe** o máis amplo e detallado posible e remitilo á dirección asistencial quen, a súa vez, os trasladará ao Servizo de Documentación Clínica para a súa dixitalización, indexación e incorporación á historia clínica do/a paciente (carpeta PAM).

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a director/a asistencial

Dr/Dra.

(nome e apelidos do/a **médico/a responsable** designado/a)

Dr/Dra.

(nome e apelidos do/a **médico/a consultor/a** designado/a)



Revogación e nomeamento do médico/a responsable

Pola presente, procedo a **REVOGAR** o nomeamento do/a Dr/Dra. _____
_____, como médico/a responsable na
prestación de axuda para morrer, solicitada por D/Dª _____

no procedemento con código _____, polas causas que se indican a continuación

e procedo a **DESIGNAR** como novo/a **MÉDICO/A RESPONSABLE** neste procedemento, con
código _____, ao/á Dr/Dra _____,
a quen se lle facilita a solicitude do/a paciente.

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a director/a asistencial

Dr/Dra.

(nome e apelidos do/a médico/a do que se revoga o nomeamento)

Dr/Dra.

(nome e apelidos do/a novo médico/a responsable que se nomea)



Revogación e nomeamento do médico/a consultor/a

Pola presente, procedo a **REVOGAR** o nomeamento do/a Dr/Dra. _____
_____, como médico/a consultor/a na
prestación de axuda para morrer, solicitada por D/Dª _____

no procedemento con código _____, polas causas que se indican a continuación

e procedo a **DESIGNAR** como novo/a **MÉDICO/A CONSULTOR/A** neste procedemento, con
código _____, ao/á Dr/Dra. _____,

_____ de _____ de 20__

Firma do/a director/a asistencial

Dr/Dra _____
(nome e apelidos do/a médico/a do que se revoga o nomeamento)

Dr/Dra _____
(nome e apelidos do/a novo médico/a consultor/a que se nomea)