



## Anexo IV. Información do proceso médico para a solicitude de prestación de axuda para morrer para o/a paciente

O/a médico/a responsable D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
con nº de Colexiado/a \_\_\_\_\_, especialidade médica \_\_\_\_\_  
centro de traballo \_\_\_\_\_  
teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_  
correo electrónico \_\_\_\_\_

Ao obxecto de que o/a paciente D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
poida continuar o procedemento da prestación de axuda para morrer, código  
\_\_\_\_\_ informáselle do seguinte:

Proceso médico<sup>1</sup>

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

Alternativas/Posibilidades de actuación (incluídos cuidados paliativos e prestacións de dependencia)

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

<sup>1</sup> Este apartado poderá incluír información relativa a:

- *Resumo da Historia Clínica e Exploración*
- *Resumo da actividade asistencial prestada incluíndo, no seu caso, as probas complementarias máis significativas para o seguimento da evolución.*
- *Diagnóstico principal.*
- *Outros diagnósticos acompañantes.*
- *Procedementos cirúrxicos ou outros procedementos significativos.*
- *Resumo de accións terapéuticas emprendidas.*





Outras observacións

-----  
-----

**Esta información entrégaselle ao/á paciente na seguinte data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

Sinatura de conformidade do/a paciente

Sinatura da persoa que asinou a solicitude, por imposibilidade física dun paciente capaz para poder firmar

Sinatura do/a médico/a responsable

-----, \_\_\_ de ----- de 20\_\_

**D/D<sup>a</sup>** -----

*(nome do/a paciente a quen se lle entrega esta información)*