



## Anexo VI. Consentimento informado de prestación de axuda para morrer

Lei orgánica 3/2021, do 24 de marzo de regulación da eutanasia  
Lei 3/2001, do 28 de maio, de consentimento informado de Galicia

### 1. Que é e para que serve a prestación?

A prestación de axuda para morrer é a acción pola que un profesional sanitario pon fin á vida dun paciente de maneira deliberada e a petición deste, cando hai unha situación documentada de padecemento grave, crónico e imposibilitante, ou enfermidade grave e incurable, causantes de un sufrimento intolerable para a persoa, que non pode ser aliviado ou mitigado en condicións que esta persoa considere aceptables.

O propósito deste procedemento é producir a morte do paciente de forma intencionada e directa, tras solicitalo este libre e voluntariamente ou deixar constancia previamente nun documento de instrucións previas, testamento vital ou equivalente.

### 2. Como se realiza?

Para a prestación de axuda médica para morrer utilízanse fármacos autorizados pola Axencia Española do Medicamento e Produtos Sanitarios aínda que en condicións e doses diferentes ás recollidas na ficha técnica (RD 1015/2009, de 19 de xuño). Pódese realizar de dúas formas:

#### Administración directa ao/á paciente dunha substancia por parte do profesional sanitario competente

O procedemento consiste en canalizar unha vía intravenosa para a administración dos fármacos necesarios, segundo o protocolo establecido, que garantan unha morte segura, tranquila e sen dor. O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento. É necesario asegurar 2 accesos venosos adecuados para a administración de fármacos ás doses necesarias. En ocasións, cando se prevé que os accesos venosos non serán posibles, será necesario canalizar no hospital vías (veas) adecuadas.

**Cales son os riscos?** Se as veas rompen ao comezo da administración e non é posible canalizar outra, sería necesario pospoñer o procedemento ou realizar o seu traslado ao hospital. No caso da rotura con extravasación de fármacos, pode producirse dor no brazo e lesións químicas ocasionadas polos medicamentos.

#### Prescrición ou subministración ao/á paciente por parte do profesional sanitario dunha substancia que se poida autoadministrar para causar a súa propia morte

Neste caso é vostede quen inxire os fármacos, segundo o protocolo establecido, para causar a súa morte. Será necesario que tome a dose completa e no tempo indicado. É necesario iniciar unhas horas antes a toma de medicación para previr os vómitos que poidan aparecer coa toma do fármaco letal.

O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento.

Dependendo da enfermidade e medicación de base (opioides) pode ocorrer que a súa motilidade gastro-intestinal sexa demasiado lenta polo que o proceso podería alongarse demasiado. Por iso, sempre se canalizará unha vía venosa, para administrar a medicación necesaria para asegurar unha morte segura e sen dor.





**Cales son os riscos?** O sabor do preparado pode resultar pouco agradable e producir náuseas ou vómitos. Administraráselle medicación antiemética previamente, a pesar do cal pode non ser posible a inxestión completa. Nese caso non sería efectiva esta opción, e pode optar pola modalidade de administración directa.

**3. Cales son os resultados esperados?** Ambos os dous métodos dirixidos e supervisados polos profesionais sanitarios segundo o protocolo establecido son seguros e eficaces. O resultado é a morte tranquila e sen dor da persoa.

**4. Cales son as alternativas?** Non existen outras alternativas de prestación de axuda médica para morrer.

Asino dous exemplares en \_\_\_\_\_, ás \_\_\_\_\_ horas do día  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a médico/a responsable



D./Dña \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_ veciño/a de \_\_\_\_\_  
rúa de \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

**MANIFESTO:**

Que tendo solicitado en data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ axuda médica para morrer, por padecer unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante e tendo reiterado a dita petición en data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, e transcorridas 24 horas da finalización do PROCESO DELIBERATIVO co médico/a responsable Dr/Dra.: \_\_\_\_\_, desexo de xeito libre e voluntario poñer fin á miña vida, acabando así co meu sufrimento, para o que considero que non existe un alivio razoable coas alternativas existentes.

Que recibín información verbal e por escrito do meu proceso, das alternativas terapéuticas e resultados esperables, do acceso aos cuidados paliativos e das axudas á dependencia e que tiven a oportunidade de resolver todas as miñas dúbidas.

Que fun informado/a polo/a Dr./Dra. \_\_\_\_\_ en data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ das modalidades da prestación de axuda para morrer e que me foi entregada unha copia da información, tendo libremente elixido a opción sinalada.

Que comprendo a información proporcionada e tiven oportunidade de deliberar suficientemente sobre o meu diagnóstico de saúde, as posibilidades de tratamento e resultados esperables, sendo a miña decisión firme e reiterada no tempo.

Son coñecedor/a de que, en calquera momento, antes da data prevista para a realización do procedemento, podo revogar a miña decisión.

**CONSINTO:**

para que me realicen a PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER.

Asino dous exemplares en \_\_\_\_\_, ás \_\_\_\_\_ horas do día  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a médico/a responsable



Por incapacidade física para firmar motivada por _____ _____ _____, asina no seu nome, e en presenza do/a paciente, D./Dna _____ con DNI _____	
Sinatura	Sinatura do/a médico/a responsable

Decidín <b>REVOGAR</b> o meu consentimento respecto á realización do procedemento referido.	
Sinatura do/a paciente <i>(ou da persoa que firma en presenza do/a paciente, pola imposibilidade física deste/a para asinar debido a _____)</i>	Sinatura do/a médico responsable
(Asinar só en caso de revogar o consentimento anterior).	Data: ...../...../.....

**Remitir á dirección asistencial** quen o trasladará ao Servizo de Documentación Clínica para a súa dixitalización, indexación e incorporación á historia clínica do/a paciente (carpeta PAM).