



Anexo XIX-B. Documento Segundo

- Comunicación á CGAE tras a realización da PAM (art. 12.a) LORE)
- Comunicación á CGAE tras a denegación da PAM polo/a médico/a responsable (art. 7.3 LORE)

DOCUMENTO SEGUNDO

Número de rexistro² _____

1.- Datos do/da paciente que solicita a axuda para morrer:

- Sexo: Varón
 Muller
 Outros

Data de nacemento __ / __ / _____

Pais de nacemento _____

2.- Data da morte __ / __ / _____

Lugar da morte _____

3.- Data da primeira solicitude __ / __ / _____

Data da segunda solicitude __ / __ / _____

4.- Descrición da patoloxía padecida pola persoa solicitante (enfermidade grave e incurable ou padecemento grave, crónico e imposibilitante)

5.- Natureza do sufrimento continuo e insoportable padecido e razóns polas que considera que non tiña perspectivas de melloría:

2 Solicitar este código ao correo pam@sergas.gal





6.- Información sobre a voluntariedade, reflexión e reiteración da petición, así como sobre a ausencia de presión externa:

- Sí
- Non

7.- Achégase copia do documento de instrucións previas ou documento equivalente legalmente recoñecido, de existir:

- Sí (só no caso de pacientes en situación de incapacidade de feito)
- Non procede

Observacións: _____

8.- Decisión do/a médico/a responsable sobre a solicitude de prestación de axuda para morrer

DENEGACIÓN DA SOLICITUDE

Causas da denegación: _____

NON SE DENEGA A SOLICITUDE. REALIZOUSE A PRESTACIÓN

9.- Procedemento seguido polo/a médico/a responsable e o equipo asistencial na realización da prestación:

9.1.- No caso de empregarse medicación oral e se o/a paciente tardou máis de 2 horas en morrer, describir as medidas adoptadas:



9.2.- Experimentou problemas ou complicacións durante a administración dos axentes eutanásicos (por exemplo: dificultades para canalizar un vaso sanguíneo, vómitos, etc.). Se é así, pode describilas?

9.3.- Observou algo fóra do común (por exemplo, reaccións estrañas no/a paciente). Se é así, pode describilas?

9.4.- Onde se realizou o procedemento da eutanasia?

- No domicilio do/da paciente.
- Nun centro hospitalario.
- Nun centro residencial.
- Outros (especificar): _____

8.5.- Houbo doazón de órganos/tecidos tras o procedemento?

- Sí
- Non

En caso afirmativo:

De que órganos/tecidos? _____



Ten algunha observación? _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a médico responsable

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA
Remitir Documento Primeiro e Documento Segundo en arquivos separados ao correo electrónico:
pam@sergas.gal