



Anexo XI. Informe de denegación do/a médico/a responsable da prestación de axuda para morrer

D/D^a _____
con número de colexiado/a _____, en calidade de médico/a responsable, tras valoración da solicitude da prestación de axuda para morrer de D/D^a _____
_____, con DNI/NIE _____, código do procedemento _____, e de acordo coas circunstancias que determina a Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia, procede a **DENEGAR** a prestación de axuda para morrer por non cumprir o/os requisito/s seguintes necesarios para recibir a devandita prestación e que se sinalan a continuación:

Suposto 1: paciente maior de idade, capaz e consciente no momento da solicitude

	Ter maioría de idade
	Ser capaz e consciente no momento da solicitude
	Ter nacionalidade española ou residencia legal en España ou certificado de empadramento que acredite un tempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.
	Sufrir unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante, nos termos que marca a lei.
	Formular unha solicitude de maneira voluntaria e por escrito ou por outro medio que permita deixar constancia e que non sexa resultado de presión externa ningunha.
	Dispoñer por escrito da información que exista sobre o seu proceso médico, as diferentes alternativas e posibilidades de actuación.

Suposto 2: paciente con incapacidade de feito, con documento de instrucións previas ou documento equivalente legalmente recoñecido

	Dispoñer dun documento de instrucións previas ou documento equivalente no que conste a solicitude de prestación de axuda para morrer.
	Ter maioría de idade.
	Ter nacionalidade española ou residencia legal en España ou certificado de empadramento que acredite un tempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.
	Presentar unha solicitude por escrito, por unha persoa maior de idade ou un/unha profesional médico/a.
	Sufrir unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante, nos termos que marca a lei.



Outros motivos:

1. _____
2. _____
3. _____

Xustificación detallada dos motivos (campo a cubrir obrigatoriamente):

Informei o día __ / __ / ____ **a D/D^a** _____ da denegación da prestación de axuda para morrer e da posibilidade de presentar, no prazo máximo de 15 días naturais, unha reclamación ante a Comisión de Garantía e Avaliación de Eutanasia da Comunidade Autónoma de Galicia, podendo utilizar o modelo que figura como Anexo XV. Reclamación contra a denegación da prestación de axuda para morrer, dispoñible no seguinte enlace:

[A PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER EN GALICIA. APLICACIÓN DA LEI DE REGULACIÓN DA EUTANASIA - Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde \(sergas.es\)](#)

Neste mesmo momento entrégolle unha copia deste anexo XI ao/á paciente, unha vez firmado

_____, ____ de _____ de 20__

Sinatura do/a médico/a responsable



No caso de denegación da prestación de axuda para morrer, o/a médico responsable deberá **remitir á Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia (pam@sergas.gal) os seguintes documentos:**

- Informe de denegación da prestación de axuda para morrer (Anexo XI)
- Documento primeiro (Anexo XIX.A)
- Documento segundo (Anexo XIX.B)
- Acuse de recibo de denegación da PAM firmado polo/a paciente (Anexo XII)

Prazo: **5 días hábiles** desde que se lle informa ao/á paciente.

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA DE GALICIA

Remitir o documento a pam@sergas.gal