



## Anexo XVIII. Comunicación á Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia previa á realización da prestación de axuda para morrer

Médico/a responsable D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
especialidade médica \_\_\_\_\_  
con número de colexiado/a \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_  
centro de traballo \_\_\_\_\_  
Nome do/a solicitante da prestación de axuda para morrer: \_\_\_\_\_  
con DNI/NIE \_\_\_\_\_ **código da solicitude\***: DAS \_\_\_\_\_

*\* de cumprimento obrigatorio*

### COMUNICO

Que o procedemento para a realización da prestación de axuda para morrer desenvolveuse da forma seguinte:

- Presentación 1ª solicitude, con data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
- Presentación 2ª solicitude, con data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
- Documento de Instrucións previas ou documento equivalente legalmente recoñecido, subscrito con data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
- Realizado o proceso deliberativo na data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ e entregado o informe por escrito na data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Manifestada a decisión do/a paciente de continuar na data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
- Manifestada a intención do/a paciente de ser doante de órganos/tecidos tras a PAM:  
 Sí     Non
- Firma do consentimento informado na data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_
- Informe favorable do/a médico/a consultor/a na data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma do/a médico/a responsable

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

Remitir ao correo electrónico: [pam@sergas.gal](mailto:pam@sergas.gal)

