



## Anexo XVII. Informe do/a médico/a consultor/a da prestación de axuda para morrer

Médico/a CONSULTOR/A D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
especialidade médica \_\_\_\_\_  
con número de colexiado/a \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_  
centro de traballo \_\_\_\_\_

En relación á solicitude de prestación de axuda para morrer de D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con núm. DNI/NIE \_\_\_\_\_  
código de procedemento \_\_\_\_\_

### CERTIFICO

Que, tras examinar ó/á paciente e estudar a súa historia clínica, conclúo que:

- Cumpre os requisitos establecidos no artigo 5.1, ou no seu caso, no artigo 5.2 da LORE.
- Non cumpre os requisitos establecidos no artigo 5.1, ou no seu caso, no artigo 5.2 da LORE.

**En caso negativo**, especificar que requisitos non cumpre e as razóns dese incumprimento **(campo a cubrir obrigatoriamente)**.

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

Ademais, **o/a médico/a consultor/a deberá elaborar outro informe, o máis detallado e amplo posible sobre o cumprimento ou no dos requisitos esixidos para a PAM**

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

Firma do/a médico/a consultor/a

DR./DRA. \_\_\_\_\_  
(nome do médico/a responsable do/a paciente)

**Remitir este anexo e o informe ampliado á dirección asistencial, quen os trasladará ao Servizo de Documentación Clínica.**

