

## Anexo XVI. Verificación do cumprimento dos requisitos do/a paciente para recibir a PAM

### Paciente capaz

Sí	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ter a maioría de idade.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ser capaz e consciente no momento da solicitude.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ter formulado 2 solicitudes de maneira voluntaria e por escrito, ou por outro medio que permita deixar constancia, e que non sexa o resultado de ningunha presión externa, deixando unha separación de, polo menos, 15 días naturais entre ambas.  Se o médico/a responsable considera que a perda da capacidade da persoa solicitante para outorgar o consentimento informado é inminente, poderá aceptar calquera período menor que considere axeitado, en función das circunstancias clínicas concorrentes, das que deberá deixar constancia na historia clínica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufrir unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante, nos termos que marca a lei, certificada polo médico/a responsable.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispoñer por escrito da información que exista sobre o seu proceso médico, as diferentes alternativas e posibilidades de actuación, incluída a de acceder a cuidados paliativos integrais comprendidos na carteira común de servizos e ás prestacións a que tiver dereito de conformidade coa normativa de atención á dependencia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestar consentimento informado, previamente a recibir a prestación de axuda para morrer. Este consentimento deberá incorporarse á historia clínica do/a paciente mediante o seu envío, por parte da dirección asistencial, ao Servizo de Documentación Clínica para a súa dixitalización e indexación na carpeta de prestación de axuda para morrer.



**Paciente considerado incapaz, atendendo ao protocolo de valoración do Ministerio de Sanidade (vía artigo 5.2 LORE)**

Sí	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ter maioría de idade.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufrir unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante, nos termos que marca a lei, certificada polo médico/a responsable.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispoñer dun documento de instrucións previas ou equivalente, no que conste unha solicitude de prestación de axuda para morrer.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificación do/a médico/a responsable e médico/a consultor/a de que o/a paciente non se encontra en pleno uso das súas facultades, nin pode prestar a súa conformidade libre, voluntaria e consciente para realizar a solicitude.
Observacións/comentarios		
-----		
-----		
-----		
-----		
-----		