



### Anexo XXI. Informe farmacéutico do/a médico/a responsable

*Impreso a cubrir polo/a médico/a responsable do procedemento de prestación de axuda para morrer, agás o espazo reservado para cubrir polo servizo de farmacia hospitalaria*

**DATOS DO/A PACIENTE:**

Xénero: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_(anos) Peso \_\_\_\_\_(Kg) Talla \_\_\_\_\_(m)

Medicación habitual: \_\_\_\_\_

**ACOMPAÑANTES** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA DA PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**LUGAR DA PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER :**

Centro sanitario  Domicilio  Residencia socio-sanitaria

**DATOS DO EQUIPO ASISTENCIAL (Indicar nome, profesión e nº de colexiado/a)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### A cubrir polo Servizo de Farmacia Hospitalaria

Nome e apelidos do/a profesional que cumprimenta este apto:

\_\_\_\_\_

**Método utilizado na PAM (sinalar cun "X" o que proceda):**

Método oral con bebida de Pentobarbital

Método intravenoso con Midazolam + Lidocaína e:

Tiopental

Propofol

Rocuronio

Cisatracuronio

Outros (Concretar):





**PAM ORAL:**

Tipo de vía venosa dispoñible: \_\_\_\_\_ Data de inserción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pre-medicación antiemética utilizada:

Metoclopramida  Outra \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

O antiemético, foi efectivo?:  SI  NON: \_\_\_\_\_

Inxesta de pentobarbital. Hora de inicio \_\_\_\_\_ Hora de fin \_\_\_\_\_

Utilizou algún alimento ou bebida non terapéutica acompañando ao pentobarbital. Cal?

\_\_\_\_\_

En caso de utilización do Kit de emerxencia describa o motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hora de presentación do coma: \_\_\_\_\_ Hora do falecemento: \_\_\_\_\_

Tempo total desde o inicio do PAM ata o éxito: \_\_\_\_\_

**Desexa reflectir algunha cuestión adicional ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PAM INTRAVENOSA:**

Tipo de vías venosas dispoñibles e data de inserción:

Vía 1 \_\_\_\_\_ Data de inserción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Vía 2 \_\_\_\_\_ Data de inserción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Comprobación vías. Incidencias? \_\_\_\_\_

Emprego de soro salino:  En perfusión  En bolos con xiringas precargadas do Kit

Hora inicio: _____	Incidencias:
Xiringa 1 en 30 segundos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	
Xiringa 2 en 10 segundos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	
Xiringa 3 en 2 minutos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	



Signos de coma	Hora:
Incidencias:	

Xiringa 4 en 30 sg	
Soro fisiolóxico (10 ml)	

No caso de utilización do kit de emerxencia describa o motivo:

-----  
-----  
-----

Hora do exitus: \_\_\_\_\_

### RISCOS

Presentou algún problema durante o procedemento (perda dalgunha vía, vía non funcionante, vómitos,..)? Algún problema inesperado?

-----  
-----  
-----

Contactou co Servizo de Farmacia en relación co protocolo de utilización dos medicamentos?:

SI  
 NON

Se o desexa, agradeceremos que realice algunha suxestión que crea que axudará a mellorar a PAM:

-----  
-----  
-----

***O/a médico/a responsable cubrirá este impreso e entregarao no Servizo de Farmacia Hospitalaria, cando devolva a medicación non empregada. O Servizo de Farmacia cubrirá o apartado que lle corresponde deste impreso.***

***Unha vez completado o informe, o/a médico/a responsable remitirá unha copia á:***

- ***dirección asistencial, para a súa incorporación á historia clínica.***
- ***Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia ([pam@sergas.gal](mailto:pam@sergas.gal)), xunto co Documento Primeiro e Segundo***