



Anexo X. Informe do/a médico/a responsable por reinicio do procedemento tras aprazamento

O/a médico/a responsable D/D^a _____
con nº de colexiado/a _____, especialidade médica _____
centro de traballo _____
teléfono/s de contacto _____
Correo electrónico _____

CERTIFICO

Que tras verificar que o/a paciente D/D^a _____
no procedemento con código DAS_____

- seguen a cumprirse os requisitos previstos no artigo 5.1 da LORE (punto 4 do Protocolo sobre o procedemento para a realización da prestación de axuda para morrer), que motivaron a resolución favorable por parte da Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia de data ___ / ___ / _____
- non cumpre os requisitos previstos no artigo 5.1 da LORE (punto 4 do Protocolo sobre o procedemento para a realización da prestación de axuda para morrer)

Observacións:

_____, _____ de _____ de 20__

Sinatura do/a médico/a responsable

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA DE GALICIA
Remitir o documento a pam@sergas.gal

