

ANEXO XIII_ INFORME FARMACÉUTICO DO MÉDICO RESPONSABLE**IMPRESO A CUMPRIMENTAR POLO MÉDICO RESPONSABLE DO
PROCEDIMENTO DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER (PAM)****DATOS DO PACIENTE:**

Xénero: _____ Idade: _____(anos) Peso _____(Kg) Talla _____(m)

Medicación habitual:
.....
.....**ACOMPAÑANTES:**

.....

DATA E LUGAR DE PRESTACION DA AYUDA MÉDICA PARA MORRER:Data..... Centro sanitario Domicilio Residencia socio-sanitaria**DATOS DO EQUIPO ASISTENCIAL (Indicar nome, profesión e nº de colexiado)**.....
.....
.....
.....

Método utilizado no PAM:

 A CUBRIR POR LA FARMACIA HOSPITALARIA

-
- 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 del PAMM ata o éxito:

Desea reflectir algunha cuestión adicional ?

.....

.....

.....

PAM INTRAVENOSO:

Tipo de vías venosas dispoñibles e data de inserción:

Vía 1Data de inserción.....

Vía 2Data 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)	

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

.....

.....

Hora do éxito:

RISCOS

Presentou algún problema durante o procedemento (pérdida de algunha vía, vía non
funcionante, vómitos,..)? Algún problema inesperado?

.....
.....

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

SI

NON

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

.....
.....
.....
.....
.....

*Por favor, envíe o presente impreso cumprimentado cando devolva a medicación non
empregada*