

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER

**1. Que é e para que serve a prestación?** A prestación de axuda médica para morrer é a acción pola que un profesional sanitario pon fin á vida dun paciente de maneira deliberada e a petición deste, cando hai unha situación documentada de padecemento grave, crónico e imposibilitante, ou enfermidade grave e incurable, causantes de un sufrimento intolerable para a persoa, que non pode ser aliviado o mitigado en condicións que esta persoa considere aceptables.

O propósito deste procedemento é producir a morte do paciente de forma intencionada y directa, tras solicitalo este libre e voluntariamente ou deixar constancia previamente nun documento de instrucións previas, testamento vital ou equivalente.

**2. Como se realiza?** Para a prestación de axuda médica para morrer utilízanse fármacos autorizados pola Axencia Española do Medicamento e Produtos Sanitarios aínda que en condicións e doses diferentes ás recollidas na ficha técnica (RD 1015/2009, de 19 de xuño). Pódese realizar de dúas formas:

**Administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente**

O procedemento consiste en canalizar unha vía intravenosa para a administración dos fármacos necesarios, segundo o protocolo establecido, que garantan unha morte segura, tranquila e sen dor. O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento. É necesario asegurar dous accesos venosos adecuados para a administración de fármacos ás doses necesarias. En ocasións, cando se prevé que os accesos venosos non serán posibles, será necesario canalizar no hospital vías (veas) adecuadas.

**Cales son los riscos?** Se as veas rompen ao comezo da administración e non é posible canalizar outra, sería necesario pospoñer o procedemento ou traslado ao hospital. No caso da rotura con extravasación de fármacos, pode producirse dor no brazo e lesións químicas ocasionadas polos medicamentos.

**Prescripción ou subministración ao paciente por parte do profesional sanitario dunha sustancia que se poida autoadministrar para causar a súa propia morte**

Neste caso é vostede quen inxire os fármacos, segundo o protocolo establecido, para causar a súa morte. Será necesario que tome a dose completa e no tempo indicado. É necesario iniciar unhas horas antes a toma de medicación para prever os vómitos que poidan aparecer coa toma do fármaco letal.

O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento.

Dependendo da enfermidade e medicación de base (opioides) pode ocorrer que a súa motilidade gastrointestinal sexa demasiado lenta polo que o proceso podería alongarse demasiado. Por iso sempre se canalizará unha vía venosa, para administrar a medicación necesaria para asegurar unha morte segura e sen dor.

**Cales son os riscos?** O sabor do preparado pode resultar pouco agradable, e producir náuseas ou vómitos. Administraráselle medicación antiemética previamente, a pesar do cal pode non ser posible a inxestión completa. Nese caso non sería efectiva esta opción, e pode optar pola modalidade de administración directa.

**3. Cales son os resultados esperados?** Ambos os métodos dirixidos e supervisados polos profesionais sanitarios segundo o protocolo establecido son seguros e eficaces. O resultado é a morte tranquila e sen dor da persoa.

**4. Cales son as alternativas?** Non existen outras alternativas de prestación de axuda médica para morrer.

Asino dous exemplares en....., ás..... horas do día ..... de..... de .....

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a facultativo/a



**CONSENTIMENTO INFORMADO PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER**

Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo de regulación da eutanasia  
Lei 3/2001, do 28 de maio, de consentimento informado de Galicia

D./Dña....., con  
D.N.I.: ....., veciño/a de.....calle ..... Nº .....

**MANIFESTO:**

Que, tendo solicitado en data ...../...../..... axuda médica para morrer, por padecer unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante e tendo reiterado a dita petición en data ...../...../....., e transcorridas 24 horas da finalización do PROCESO DELIBERATIVO co médico/a responsable Dr/Dra.: \_\_\_\_\_ desexo de xeito libre e voluntario poñer fin á miña vida, acabando así co meu sufrimento, para o que considero que non existe un alivio razoable coas alternativas existentes.

Que recibín información verbal e por escrito do meu proceso, das alternativas terapéuticas e resultados esperables, do acceso aos coidados paliativos e das axudas á dependencia e que tiven a oportunidade de resolver todas as miñas dúbidas.

Que fun informado/a polo/a Dr./Dra..... en data ...../...../..... das modalidades da prestación de axuda médica para morrer e que me foi entregada unha copia da información, tendo libremente elixido a opción sinalada no reverso.

Que comprendo a información proporcionada e tiven oportunidade de deliberar suficientemente sobre o meu diagnóstico de saúde, as posibilidades de tratamento e resultados esperables, sendo a miña decisión firme e reiterada no tempo.

Son coñecedor/a de que, en calquera momento antes da data prevista para a realización do procedemento, podo pedir o aprazamento ou revogar a miña decisión.

**CONSINTO:**

Os facultativos/as do Servizo de \_\_\_\_\_ para que me realicen a PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER.

Asino dous exemplares en....., ás..... horas do día.....de..... de.....	
<b>Sinatura do/a paciente</b>	<b>Sinatura do/a facultativo/a</b>

Por incapacidade para a sinatura motivada por .....	
.....asina no seu nome, e en presenza do/a paciente	
D./Dña. ...., con D.N.I.:.....	
<b>Sinatura do representante</b>	<b>Sinatura do/a facultativo/a</b>

<i>Decidín <b>REVOGAR / APRAZAR</b> o meu consentimento respecto á realización do procedemento referido.</i>	
<b>Sinatura do paciente (ou persoa autorizada)</b>	<b>Sinatura do/a facultativo/a</b>
(Asinar só en caso de revogar ou aprazar o consentimento previo).      Data: ...../...../.....	

