



Anexo XXV. Consentimento informado para a doazón de órganos e tecidos en asistolia controlada posterior á prestación de axuda para morrer

D./Dna. _____

Expreso de forma libre e voluntaria o meu desexo de ser doante de órganos e tecidos cando se produza o meu falecemento por parada cardiorrespiratoria tras a prestación de axuda para morrer, solicitada previamente ao amparo da Lei orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia.

DECLARO que

Fun informado/a polo/a Coordinador/a de Transplantes do proceso de doazón en asistolia controlada, e puiden reflexionar e comprender o contido da "Folla informativa de doazón orgánica e tisular posterior á prestación de axuda para morrer para o/a paciente".

Son coñecedor/a de que este proceso de doazón só pode levarse a cabo mediante o traslado e ingreso nun hospital, onde recibirei os cuidados necesarios para a doazón de órganos, e se realizarán os procedementos necesarios para dar cumprimento á prestación de axuda para morrer.

Son coñecedor/a de que durante o meu ingreso me administrarán sedación e analxesia ou incluso anestesia xeral co obxectivo de alcanzar o máximo confort durante os procedementos previos que poidan ser molestos e ata o falecemento.

Son coñecedor/a de que será necesario realizar probas preoperatorias como extraccións de sangue para analíticas ou cultivos, para o que pode ser imprescindible picar ou canalizar algunha vena e/ou arteria. Tamén pode ser necesario que me realicen radiografías, TAC ou ecografías de tórax ou abdome.

Son coñecedor/a de que, antes do meu falecemento, será necesaria a monitorización arterial invasiva e incluso a punción arterial e venosa dos vasos femorais coa colocación dunhas guías no seu interior, así como a administración de medicamentos como a heparina, que permitirán mellorar a preservación dos órganos a transplantar.

Informáronme de que, unha vez concluída a cirurxía, me garantirán a correcta imaxe do meu corpo, que será posto a disposición da miña familia ou persoas achegadas, para proceder co rito funerario que prefira.

Informáronme de que a miña familia ou persoas achegadas poderán acompañarme, se é o meu desexo, durante o ingreso.

Puiden formular todas as preguntas que crin convenientes e se me aclararon todas as dúbidas expresadas.

Considero adecuada e suficiente a información recibida.





Son coñecedor/a de que en calquera momento podo revogar libremente o meu consentimento, garantindo que se manterá o meu dereito á prestación de axuda para morrer.

En consecuencia,

Autorizo a realización dos procedementos indicados e a administración dos medicamentos oportunos para a adecuada conservación dos órganos.

Autorizo a obtención de todos os órganos e tecidos que sexan válidos, para que sexan transplantados seguindo os requisitos que establece a lexislación vixente (Lei 30/1979, do 27 de outubro, sobre extracción e transplante de órganos e Real Decreto 1723/2012, do 28 de decembro, polo que se regulan as actividades de obtención, utilización clínica e coordinación territorial dos órganos humanos destinados ao transplante e se establecen requisitos de calidade e seguridade).

No caso de oposición específica para a obtención dalgún órgano ou tecido, especificarase a continuación

Firma do/a paciente

D./Dna. _____

DNI _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a paciente



Firma doutra persoa, maior de idade e plenamente capaz, por imposibilidade material do/a paciente de asinar por si mesmo/a

D./Dna. _____ con DNI _____,
maior de idade, en presenza e por vontade de D./Dna. _____
que non se encontra en condicións de firmar o presente documento, polas razóns que se indican
a continuación, procedo a firmar:

Motivos:

_____, ____ de _____ de 20__

Firma doutra persoa, no caso de paciente capaz con imposibilidade física para firmar

PROFESIONAL QUE INFORMA

_____, ____ de _____ de 20__

Nome e apelidos do/a profesional _____

N.º de Colexiado/a _____

Firma do/a profesional sanitario



REVOGACIÓN DO CONSENTIMENTO

D./Dna. _____ con DNI _____
revogo o consentimento prestado para a doazón en data __ / __ / _____ e desexo que non se
proceda a obtención de ningún órgano ni tecido.

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a paciente

Firma da persoa, maior de idade e plenamente capaz, que firmou o consentimento informado
por imposibilidade física do/a paciente de firmar por si mesmo/a, realizada en presenza do/a
paciente.

Nome e apelidos _____

DNI _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma da persoa que firmou o consentimento informado

Nome e apelidos do/a profesional _____

N.º de Colexiado/a _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a profesional sanitario/a