



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

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

Este anexo correspóndese co anexo IV da Guía técnica asistencial da prestación de axuda médica para morrer.

DATOS DO/DA PACIENTE:

Xénero: _____ Idade: _____ (anos)

Medicación habitual:

ACOMPAÑANTES

DATA DA PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER: ____ / ____ / _____

LUGAR DA PRESTACIÓN DE AXUDA PARA MORRER :

☐

Centro sanitario

☐

Domicilio

☐

Residencia sociosanitaria

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

Cubrirao o Servizo de Farmacia Hospitalaria

Nome e apelidos do/da profesional que cubre este apartado:

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

☐

Método intravenoso con midazolam + lidocaína + propofol + rocuronio

Outros (concrétese): _____

☐

Método oral con solución oral de 15 g de pentobarbital sódico 150 mg/ml, midazolam 7,5 mg, metoclopramida 20 mg, ondansetrón 8 mg e ondansetrón 8mg/4 ml (IV)

Outros (concrétese): _____





PAM INTRAVENOSA

Tipo de vías venosas dispoñibles e data de inserción:

Vía 1 _____ Data de inserción ____/____/____

Vía 2 _____ Data de inserción ____/____/____

Incidencias nas vías

Descrición de incidencia e pauta de actuación seguida

☐	Non	☐	Si	
--------------------------	-----	--------------------------	----	--

Emprego de soro salino:

☐ En perfusión

☐ En bolos con xiringas precargadas do kit

Hora de inicio da administración da medicación _____

Administración da medicación	Incidencias:
Xiringa núm. 1 Etiqueta cor laranxa Ansiolítico Administrar nuns 30 segundos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	
Xiringa núm. 2 Etiqueta cor gris Anestésico local Administrar nuns 30 segundos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	
Xiringa núm. 3 Etiqueta cor amarela Indutor do coma Administrar en 2,5–5 minutos	
Soro fisiolóxico (10 ml)	

Hora de comprobación dos signos de coma: _____

Aparecen signos de coma profundo:

☐ Si ☐ Non ☐ Administración dunha dose adicional do fármaco indutor do coma

Hora de comprobación dos signos de coma: _____

Xiringa núm. 4 Etiqueta cor vermella Relaxante muscular Administrar nuns 30 segundos Non omitir nunca	
Soro fisiolóxico (10 ml)	



Hora do *exitus*: _____

Presentáronse reaccións adversas/complicacións

☐

Non

☐

Si

Concrétense reacción adversa/complicación e pauta de actuación.
No caso de utilización do kit de emerxencia, describa o motivo:

PAM ORAL

Tipo de vía venosa dispoñible _____ Data de inserción ____/____/____

Hora de inicio da administración da medicación _____

Administración da medicación	Incidencias:
Ansiolítico (opcional) 1 comprimido de 7,5 mg vía oral	
Antieméticos 2 comprimidos de metoclopramida 10 mg + 2 comprimidos de ondansetrón 4 mg	
Indutor do coma Solución oral de pentobarbital sódico 150 mg/ml Inxestión en menos de 5 minutos	

Inxeriu algún alimento ou bebida non terapéutica acompañando a solución oral de pentobarbital?

☐

Non

☐

Si

Cal?

Hora do *exitus*: _____

Presentáronse reaccións adversas/complicacións

☐

Non

☐

Si

Concrétense reacción adversa/complicación e pauta de actuación.
No caso de utilización do kit de emerxencia, describa o motivo.



Precisou contactar co servizo de farmacia hospitalaria para resolver algunha dúbida sobre o uso da medicación?

☐

Non

☐

Si

Concrétese o motivo da consulta:

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

Firma do/da médico/a responsable

O/a médico/a responsable cubrirá este impreso e entregarao no servizo de farmacia hospitalaria, cando devolva a medicación non empregada.

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

- dirección asistencial da área sanitaria correspondente, para a súa incorporación á historia clínica.
- Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia (pam@sergas.gal), xunto cos documentos primeiro e segundo.

