Imprimir formulario

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

Anexo XVIII. Comunicación á Comisión de Garantía e Avaliación da Eutanasia previa á realización da prestación de axuda para morrer

Médico/a responsable D/Dª _____

especialidade médica _____

con número de colexiado/a _____, teléfono _____

centro de traballo _____

Nome do/a solicitante da prestación de axuda para morrer: _____

con DNI/NIE _____ ***código da solicitude*:** DAS _____

** de cumprimento obrigatorio*

COMUNICO

Que o procedemento para a realización da prestación de axuda para morrer desenvolveuse da forma seguinte:

- Presentación 1ª solicitude, con data de rexistro: __ / __ / ____
- Presentación 2ª solicitude, con data de rexistro: __ /__ /____
- Documento de Instrucións previas ou documento equivalente legalmente recoñecido, subscrito con data __ / __ / ____
- Realizado o proceso deliberativo na data __ / __ / _____ e entregado o informe por escrito na data ___ / ___ / _____
- Manifestada a decisión do/a paciente de continuar na data __ / __ / _____
- Manifestada a intención do/a paciente de ser doante de órganos/tecidos tras a PAM:

  ☐ Sí ☐ Non
- Firma do consentimento informado na data __ / __ / _____
- Informe favorable do/a médico/a consultor/a na data __ / __ / _____

_____, ____ de _____ de 20__

Firma do/a médico/a responsable

PRESIDENTE/A DA COMISIÓN DE GARANTÍA E AVALIACIÓN DA EUTANASIA
Remitir ao correo electrónico: pam@sergas.gal

DIRECCIÓN XERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
Complexo Administrativo San Lázaro
15781 Santiago de Compostela
Tel: 881 542 815
asistencia.sanitaria@sergas.gal
www.sergas.gal