Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud
SaludMadrid

Modelo 10.1
Expediente nº

CIPA paciente:

DOCUMENTO SEGUNDO

(Artº. 12.b) Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

1. **Sexo paciente** **Fecha de nacimiento** Edad

2. **Fecha de la PAM**

3. **Lugar de la PAM:**
(marcar únicamente 1 opción, especificar nombre del centro)
☐ Domicilio habitual
☐ Centro Sociosanitario:
☐ Hospital Público:
☐ Hospital Concertado:
☐ Hospital Privado:

4. Presentada **1ª Solicitud** con fecha

5. Presentada **2ª Solicitud** con fecha

6. Descripción de la **patología padecida:**
[*3b)*: enfermedad grave e incurable o *3c)* padecimiento grave, crónico e imposibilitante**]**

7. Naturaleza del **sufrimiento contínuo e insoportable** padecido y razones por las cuales se considera que **no tenía perspectivas de mejoría**:

8. Información sobre la **voluntariedad**, **reflexión** y **reiteración de la petición**, así como sobre la **ausencia de presión externa:**

9. Documento de **instrucciones previas** o equivalente (adjuntar documento en situación de incapacidad de hecho). Cumplimentación obligatoria cuando el procedimiento correspondió a paciente con incapacidad de hecho:

☐ Documento de Instrucciones Previas

☐ Documento legal equivalente

10. **Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la prestación de la ayuda para morir.**

Modalidad: ☐ Administración por personal sanitario. Vía intravenosa

☐ Auto administración ☐ El propio paciente ingiere medicación por vía oral

☐ El paciente abre el sistema de infusión, vía intravenosa

Especificar fármacos y dosis utilizadas:

11. **Especialidad** del/la **Médico Consultor** y fecha de su informe:

12. **Incidencia**: SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, especificar:

13. **Donación órganos para trasplante:** SI ☐ NO ☐

En , a de del 202

FIRMA MÉDICO/A RESPONSABLE

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Información sobre protección de datos de carácter personal

Sus datos personales serán tratados con la finalidad indicada en el documento objeto de firma y serán conservados durante los años necesarios para cumplir con la normativa vigente aplicable. La base jurídica que legitima el tratamiento es su consentimiento conforme a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Sus datos no serán cedidos, salvo en los casos obligados por Ley.

El responsable del tratamiento de datos es la Dirección General Asistencial, con domicilio en Paseo de la Castellana 280, 28046 Madrid, ante el que podrá revocar en todo momento el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida que sean aplicables, a través de comunicación escrita, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalente.

El Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid" con dirección en C/ Paseo de la Castellana, nº 280, 28046 Madrid.

protecciondedatos.sanidad@madrid.org

Además, en caso de disconformidad con el tratamiento de los datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.