Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud

Modelo 5
Expediente nº _____
No cumplimentar por MR

CIPA paciente:

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación, y una copia para el paciente)
Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

1. DATOS DEL PACIENTE SOLICITANTE

Yo,

mayor de edad, con DNI/NIE/Pasaporte: Nacionalidad

Fecha de nacimiento / / Edad Sexo

con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº Piso Puerta Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s de contacto

Correo electrónico que facilitó para las notificaciones

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

- He sido informado/a adecuadamente, **de forma verbal y por escrito**, por el equipo sanitario responsable sobre el procedimiento, garantías y realización de la prestación de ayuda para morir, al objeto de tomar la decisión **de forma voluntaria, libre y consciente**.

- He recibido una copia del informe, en la que se incluye la información que existe actualmente, sobre mi **proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones a las que tengo derecho**, de conformidad con la normativa de atención a la dependencia. Esta documentación se me ha facilitado en formato adecuado.

- He **formulado dos solicitudes** de **manera voluntaria, libre y consciente, y ambas por escrito.**

- **Que mi voluntad la ejerzo con absoluta libertad de decisión y sin presión externa de cualquier índole.**

- El/la **médico/a responsable ha certificado que concurre en mi caso** alguna de las situaciones previstas en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia:

  • que **cumplo los requisitos** establecidos en el artículo **3.b)**, por padecer **un padecimiento grave, crónico e imposibilitante,** o en el artículo **3,c)**, por padecer **una enfermedad grave e incurable**;

  • que **actúo de forma voluntaria**, **libre** y **consciente**, **sin presiones externas** de ninguna índole, y con pleno conocimiento de la naturaleza, alcance y consecuencias de la prestación para la que otorgo el presente consentimiento informado.

  • que **he sido debidamente informado/a sobre mi proceso médico**, las **alternativas terapéuticas disponibles**, **incluidos los cuidados paliativos integrales**, y las c**onsecuencias de mi decisión**.

- He sido informado/a de que un **médico/a consultor/a** estudiará mi historia clínica, me examinará y corroborará que se dan los requisitos establecidos por la Ley Orgánica 3/2021 para recibir la prestación de ayuda para morir.

- He sido informado/a que durante el procedimiento puedo **desistir** o **revocar** el ejercicio de mi derecho en cualquier momento previo a la efectiva realización de la prestación de ayuda para morir. Esta voluntad puedo manifestarla ante cualquier profesional del equipo asistencial.
- He sido informado/a sobre el procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante **resolución** de dicha comisión.
- He sido informado/a de **mi derecho a reclamar ante la Comisión de Garantía y Evaluación**, **cuando se me deniegue** la solicitud de ayuda para morir **por escrito**, y de mi derecho a acudir a los tribunales de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor/a de que mi solicitud de la prestación de ayuda para morir puede ser denegada.
- He sido informado/a de mi derecho a mantener un **canal de comunicación ágil y accesible** con los integrantes del equipo asistencial (médico/a responsable y enfermero/a referente)
- He sido informado/a de mi derecho al **acompañamiento de la persona o personas que yo libremente determine**, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado de la necesidad de prever, antes de la realización de la prestación, quién podrá recibir el **Certificado Médico de Defunción** y hacerse cargo de las gestiones funerarias y administrativas posteriores al fallecimiento, a fin de garantizar su adecuada tramitación y evitar incidencias organizativas.
- He sido informado/a de que la prestación de ayuda para morir se hará con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- He sido informado/a del **proceso técnico de la prestación de ayuda para morir** de sus **efectos**, **evolución** y **complicaciones**.
- He sido informado/a que puedo elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir, según la forma de la administración de fármacos:
    - **Eutanasia,** la administración directa de una sustancia por parte de los profesionales del equipo asistencial (médico/a responsable y enfermero/a referente) que me asistirán hasta el momento de mi muerte.
    - **Suicidio médicamente asistido,** los profesionales sanitarios me prescriben o suministran las sustancias y fármacos necesarios, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. En este caso, el equipo asistencial (médico/a responsable y enfermero/a referente de la prestación), mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.
- En el caso de elección de la **autoadministración por vía oral:**
    - Si existiera alguna complicación durante la autoadministración oral, autorizo al médico/a responsable y enfermero/a referente a utilizar la modalidad intravenosa.
    - Si el tiempo transcurrido entre la ingesta del medicamento letal y mi fallecimiento se prolongara más allá de lo esperado, autorizo al médico/a responsable a utilizar la modalidad intravenosa.
- Autorizo a los miembros de la Comisión de Garantía y Evaluación al acceso a la documentación que obre en mi historia clínica para que se realice el control previo previsto en el artículo 10 de la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
- He recibido información sobre la posibilidad de aplazar la realización de la prestación de ayuda para morir y conozco que las circunstancias relacionadas con dicho aplazamiento podrán ser evaluadas, registradas en mi historia clínica y, cuando proceda, comunicadas a la Comisión de Garantía y Evaluación.

3. EXPRESO MI VOLUNTAD DE RATIFICAR Y CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO PARA LA EFECTIVA REALIZACIÓN DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Transcurridas al menos 24 horas de la finalización del segundo proceso deliberativo con el/la médico responsable **Dr./Dra.** _____ , **me ratifico y expreso mi consciente voluntad de CONTINUAR con el procedimiento de la prestación de ayuda para morir.** Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los enfermeros/as.

En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACION DE AYUDA PARA MORIR, de forma voluntaria, libre, consciente y sin presiones externas, en:

Modalidad para realizar la prestación

- ☐ 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

Lugar de prestación de la ayuda ☐ Domicilio habitual ☐ Centro hospitalario

Donación de órganos para trasplante ☐ SI ☐ NO

En _____ a ____ de _____ del 202__

FIRMA DEL PACIENTE

_____

Fdo.: (Nombre y apellidos)

FIRMA DEL MÉDICO/A RESPONSABLE

_____

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Nº Colegiado: _____

FIRMA POR OTRA PERSONA (si existe la imposibilidad funcional para firmar del/la solicitante)

Yo, _____ , con DNI nº _____

DECLARO:

Que D./Dña. _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por el siguiente motivo _____

En _____, a ____ de _____ de 202__

Firma de otra persona

_____

Fdo.: (Nombre y apellidos)

4. EXPRESO MI VOLUNTAD DE DESISTIR/REVOCAR MI SOLICITUD DE MI DERECHO A LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Transcurridas 24 horas de la finalización del segundo proceso deliberativo con el médico responsable Dr/Dra _____ , expreso **mi consciente voluntad de REVOCAR mi solicitud de la prestación de ayuda para morir.**

Es mi deseo que le comunique esta voluntad al equipo asistencial, especialmente a los enfermeros/as.

5. DESISTIMIENTO / REVOCACIÓN

He decidido DESISTIR / REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

Paciente:

D./Dña. _____

Médico Responsable:

Dr./Dra. _____

DNI _____

Número colegiado/a _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma paciente

Fdo.: (Nombre y apellidos)

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 conserva 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 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 derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, en la medida sean aplicables, a través de comunicación escrita, concretando su solicitud, junto con su DNI o documento equivalen

El Delegado de Protección de Datos (DPD) es el "Comité DPD de la Consejería de Sanidad de la Comunidad 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.