COMUNICACIÓN MÉDICA A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación para la comunicación de un caso)

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

Médico/a Responsable:

Número de identificación (nº colegiado)

Centro de trabajo

Especialidad

Correo electrónico institucional

Teléfonos de contacto

Nombre y apellidos del/la solicitante prestación ayuda para morir:

D/Dª

con DNI/NIE/Pasaporte

ANTECEDENTES

Presentada **1ª Solicitud** con fecha

Presentada **2ª Solicitud** con fecha

Fecha documento de **Instrucciones Previas** o equivalente (obligatorio en paciente con incapacidad de hecho)

Realizado proceso deliberativo con fecha de **inicio 1º proceso deliberativo** , y

con fecha **fin 2º proceso deliberativo**

Ratificación del paciente para continuar con el procedimiento (fecha)

El paciente desiste / revoca la petición de ayuda para morir (fecha)

Firmado consentimiento informado con fecha :

Informe Médico/a Responsable, fecha: e informe **Favorable** **Desfavorable**

Médico/a Consultor: Nº colegiado/a:

Informe Médico/a Consultor con fecha e informe **Favorable** **Desfavorable**

En , a de de 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.

Nota: Con este documento (Modelo 8), el/la médico/a responsable remitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación toda la documentación correspondiente al procedimiento de prestación de ayuda para morir, que resulte aplicable en cada caso. Cuando la documentación presentada contenga defectos formales que requieran subsanación, especialmente en relación con la secuencia y correlación de fechas de las actuaciones previstas en la Ley Orgánica 3/2021, no se procederá a la asignación del número de expediente ni, en su caso, a la designación de los vocales verificadores hasta que tales defectos hayan sido subsanados. ***Resumen de la documentación a remitir por el/la médico/a responsable, según proceda:***

Paciente con capacidad de hecho, remitir conjuntamente la documentacion del procedimiento a Comision.eutanasia@salud.madrid.org

Modelo 1.1: ***Primera solicitud de prestación de ayuda para morir. P*** aciente con capacidad de hecho + copia DNI paciente

Informe clínico del paciente

Modelo 2: ***Informe sobre el proceso deliberativo con el equipo asistencial tras la 1ª solicitud de la prestación de ayuda para morir***

Modelo 3: ***Segunda solicitud de la prestación de ayuda para morir***

Modelo 4: ***Información para el paciente que ha solicitado su derecho a la prestación de ayuda para morir***

Modelo 5: ***Consentimiento informado para recibir la prestación de ayuda para morir***

Modelo 6: ***Informe del médico/a responsable para la solicitud de la prestación de ayuda para morir*** (dictamen del/la MR)

Modelo 7: ***Informe clínico motivado del/la médico consultor*** (dictamen del/la MC)

Modelo 8: ***Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación***

Paciente sin capacidad de hecho, remitir conjuntamente la documentacion del procedimiento a Comision.eutanasia@salud.madrid.org

Modelo 1.2. **Primera solicitud de la PAM paciente con incapacidad de hecho** + Instrucciones previas + copia DNI paciente + representante

Informe clínico del paciente

Modelo 6: ***Informe del médico/a responsable para la solicitud de la prestación de ayuda para morir*** (dictamen del/la MR)

Modelo 7: ***Informe clínico motivado del/la médico consultor*** (dictamen del/la MC)

Modelo 8: ***Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación***

Denegación de la prestación Médico/a Responsable (MR), remitir conjuntamente la doc. del prc. a Comision.eutanasia@salud.madrid.org

Según corresponda

Modelo 1.1: ***Primera solicitud de prestación de ayuda para morir*** paciente con capacidad de hecho + copia DNI paciente

Modelo 1.2. **Primera solicitud de la PAM paciente con incapacidad de hecho** + Instrucciones previas + copia DNI paciente + representante

Informe clínico del paciente

Modelo 6: ***Informe del médico/a responsable para la solicitud de la prestación de ayuda para morir*** (dictamen de/la MR)

Modelo 11: ***Denegación de la prestación de ayuda para morir***

Modelo 9: ***Documento primero***

Modelo 10.2: ***Documento segundo adaptado***

Modelo 8: ***Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación***

Denegación de la prestación Médico/a Consultror (MC), remitir conjuntamente la doc. del prc. a Comision.eutanasia@salud.madrid.org

Según corresponda

Modelo 1.1: ***Primera solicitud de prestación de ayuda para morir*** paciente con capacidad de hecho + copia DNI paciente

Modelo 1.2. **Primera solicitud de la PAM paciente con incapacidad de hecho** + Instrucciones previas + copia DNI paciente + representante

Informe clínico del paciente

Modelo 6: ***Informe del médico/a responsable para la solicitud de la prestación de ayuda para morir*** (dictamen del/la MR)

Modelo 7: ***Informe clínico motivado del/la médico consultor*** (dictamen del/la MC)

Modelo 11: ***Denegación de la prestación de ayuda para morir***

Modelo 9: ***Documento primero***

Modelo 10.2: ***Documento segundo adaptado***

Modelo 8: ***Comunicación médica a la Comisión de Garantía y Evaluación***

Otras situaciones y documentos:

Realización de la Prestación: Médico/a Responsable remite a la Comisión Modelo 9 (Documento Primero) y Modelo 10.1 (Documento Segundo)

Fallecimiento del/la paciente durante el desarrollo del proceso: Médico Responsable remite a la Comisión Modelo 10.3

Revocación del/la paciente: Médico/a Responsable remite a la Comisión Modelo 12 (posteriormente, si lo desea, podrá volver a firmar otra 1ª solicitud)

Aplazamiento de la prestación solicitado por el/la paciente: Médio/a Responsable remite a la Comisión Modelo 13

Reclamación del/la paciente contra la denegacion de la prestación, Modelo 14 (trámite del propio paciente ante la Comisión de Garantia y Evaluación)