Comunidad de Madrid | CONSEJERÍA DE SANIDAD

Servicio Madrileño de Salud
SaludMadrid

Modelo 2
Expediente nº _____
No cumplimentar por MR

CIPA paciente:

INFORME SOBRE EL PROCESO DELIBERATIVO CON EL EQUIPO ASISTENCIAL TRAS LA 1ª SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

(Enviar a la Comisión de Garantía y Evaluación y una copia para la historia clínica)

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

Nombre y apellidos del/la Médico Responsable

Nº de colegiado/a Centro de Trabajo

CERTIFICO

Que, D/Dñª , con DNI/NIE/Pasaporte cumple los requisitos establecidos en el artículo 5.1.a), c) y d) de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, para solicitar la Prestación de ayuda para morir, y que el equipo asistencial ha realizado un proceso deliberativo conjuntamente con el/la paciente,

Fecha inicio 1ª deliberación **Fecha fin** 1ª deliberación ,

en el que se han debatido, entre otros, los siguientes temas: (en caso de falta de espacio, para motivar la información podrá adjuntar un anexo firmado en la misma fecha de este documento)

- **Diagnóstico y pronóstico de la enfermedad**

- **Posibilidades terapéuticas y resultados esperables**

- **Información concreta y motivada sobre si recibió:**
  1.<u>Cuidados paliativos</u> Si☐ No☐ No precisa☐ 2.<u>Prestaciones sociales</u> Si☐ No☐ No precisa☐

- Existe o es esperable un **pronóstico de vida limitado** en relación a la enfermedad que motiva la solicitud

- **Otros temas importantes para el paciente** (situación familiar, creencias, convicciones del paciente, red de apoyo socio familiar, biografía de vida, etc.)

- **Motivos alegados por el paciente para solicitar la prestación** (describir sus limitaciones actuales, narrar el sufrimiento físico y psíquico como consecuencia de su proceso de enfermedad, su vivencia diaria, etc.)

- **Conclusiones más destacables [3b): enfermedad grave e incurable o 3c) padecimiento grave, crónico e imposibilitante]**

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.