



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

Tras la finalización del proceso deliberativo entre el médico responsable y la persona solicitante, y el informe favorable del médico consultor. Con este consentimiento, el paciente acepta continuar el proceso.

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

D. /Dña.: _____

con DNI _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / _____ Sexo _____ :

Domicilio: C/ _____ N^a _____ Piso _____ Puerta _____

Código Postal _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es distinto del anterior):

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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 escrita de la información, 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 formatos adecuados y adaptados.

- He **formulado dos solicitudes de manera voluntaria, libre y consciente y por escrito**, o por **otro medio que permita dejar constancia** (*Indicar otros medios*):

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

- El **médico/a responsable** ha **certificado**:
 - que **sufro una enfermedad grave e incurable.**
 - que **sufro un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.**

Que asocia un sufrimiento constante e insoportable.
- El **médico/a consultor** ha **corroborado que se dan los requisitos** para recibir la prestación de ayuda para morir.
- **He sido informado de mi derecho a:**
 - Elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:
 - ✓ La administración directa de una sustancia por parte de un profesional sanitario competente. **En este caso el médico/a responsable, así como el resto de profesionales sanitarios me asistirán hasta el momento de mi muerte.**
 - ✓ La prescripción o suministro por parte un profesional sanitario de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte. **En este caso, el médico/a responsable, así como el resto de los profesionales sanitarios, mantendrán la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento de mi fallecimiento.**
 - **Desistir** en cualquier momento de mi solicitud de la prestación de ayuda para morir, incluso una **vez que mi derecho a la prestación de ayuda a morir haya sido reconocido** por la Comisión de Garantías y Evaluación de mi Comunidad Autónoma. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.
 - **Conocer el procedimiento de la Comisión de Garantías y Evaluación de la Región de Murcia**, y que mi derecho a la prestación de ayuda para morir se reconoce mediante resolución de dicha comisión, tras una evaluación escrupulosa del cumplimiento de los requisitos legales que sustentan mi solicitud.
 - **Reclamar ante la Comisión de Garantías y Evaluación, y de mi derecho a acudir a los tribunales** de acuerdo a lo determinado por la Ley. Soy conocedor de que **mi solicitud de la prestación de ayuda a morir puede ser denegada.**
 - **Mantener un canal de comunicación inmediata y próxima con mi médico/a responsable** para aclarar cualquier duda.
 - Ser acompañado por la **persona o personas** que determine, durante la realización de la prestación de ayuda a morir.



- **Aplazar la efectiva realización** de la prestación de ayuda a morir hasta dos meses tras el informe favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación..
- Que la prestación de ayuda a morir se haga con el **máximo cuidado y responsabilidad, de acuerdo con los protocolos y observando las recomendaciones establecidas en el Manual de Buenas Prácticas** aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

3.- OTRAS INSTRUCCIONES QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

En virtud del derecho que se me reconoce en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, es **mi deseo expreso de que, tras mi fallecimiento:**

- Se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para ser trasplantados** a otras personas que los necesiten.
- Se puedan utilizar mis **órganos y tejidos para investigación**
- Mi **cuerpo sea donado a la ciencia.**
- Otras consideraciones:**

CON TODA LA PREVIA INFORMACIÓN:

Transcurridas 24 horas de la finalización del proceso deliberativo con el médico/a responsable **EXPRESO MI CONSCIENTE VOLUNTAD DE CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR**, que será comunicada al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería.

Es mi deseo que se informe de esta voluntad a las siguientes personas:

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo: La persona solicitante

Fdo: El/la Médico/a Responsable.

FIRMA POR OTRA PERSONA CAPAZ Y MAYOR DE EDAD (en caso de imposibilidad física de la firma del solicitante)

Yo, _____ DNI nº _____,

DECLARO

Que _____ no se encuentra en condiciones de firmar el presente documento, por las siguientes razones:

En _____, a ____ de _____ de 20__

FIRMA

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

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.

2. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.