

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA PRESTACION 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 / /

Sexo

con domicilio en (Calle/Avda./Plaza)

Nº..... Piso..... Puerta..... Localidad

Código Postal Provincia

Teléfono/s

Correo electrónico que facilito para las notificaciones

2. MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD SOBRE LA INFORMACION 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 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**.
- 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 actúo de **forma voluntaria, sin presiones externas de ninguna índole y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicito**.

- He sido informado/a de que un médico/a consultor/a me examinará y corroborará que se dan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado/a del **proceso técnico de la eutanasia** de sus efectos, **evolución y complicaciones**.
- He sido informado/a que puedo elegir entre las **dos modalidades posibles** de prestación de ayuda a morir:
 - **Eutanasia**, 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.
 - **Suicidio asistido**, 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.

Informado/a del proceso técnico de la eutanasia de sus efectos, evolución y complicaciones.

De las dos modalidades posibles, de las cuales he sido informado/a previamente, escojo la siguiente:

Eutanasia, administración directa de una sustancia por parte del equipo asistencial competente.

Suicidio asistido, prescripción o suministro por parte del equipo asistencial competente de una sustancia, de manera que me la pueda autoadministrar para causar mi propia muerte.

- 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 profesional de enfermería 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.
- He sido informado/a de **mi derecho a desistir/revocar** 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 Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid.
- He sido informado/a que puedo desistir y rechazar el ejercicio de mi derecho en cualquier **momento previo a la efectiva realización de la prestación** de ayuda para morir. Esta voluntad de rechazo la puedo manifestar a cualquier profesional del equipo asistencial.

- He sido informado/a sobre el procedimiento de consulta al médico/a consultor/a y del procedimiento ante la Comisión de Garantía y Evaluación de la Comunidad de Madrid.
- 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 **mis derechos de reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación**, cuando se me deniegue la solicitud de ayuda para morir 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 para morir puede ser denegada.
- He sido informado de mi derecho a mantener un canal de comunicación ágil y accesible con los integrantes del equipo asistencial.
- He sido informado de mi derecho al acompañamiento de la persona o personas que determine, durante la realización de la prestación de ayuda para morir.
- He sido informado que la prestación de ayuda para morir se hará 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. MEDICACIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS

Durante la realización de la prestación de ayuda para morir, los profesionales sanitarios del equipo asistencial deben permanecer presentes en todo el proceso. La prestación de ayuda para morir se puede producir en dos modalidades:

- a) **Eutanasia**, modalidad de administración directa, el profesional sanitario competente le administrará los fármacos por **vía intravenosa**.

Como primer fármaco se puede administrar **midazolam** intravenoso, con el objetivo de que se quede dormido. Muy rara vez pueden aparecer reacciones paradójicas como agitación, movimientos involuntarios, convulsiones, temblor muscular, hiperactividad, reacciones de ira, agresividad, que son más frecuente en personas de edad avanzada. En este caso, se pasaría directa y rápidamente a la administración de propofol para inducir el estado de coma.

Tras la aplicación de midazolam se administrará **lidocaína** intravenosa. Se trata de un anestésico cuyo objetivo es evitar el dolor en el punto de inyección cuando se administre el siguiente fármaco (propofol). Entre los efectos secundarios más frecuentes de la lidocaína, pueden aparecer ($\geq 1/10$) náuseas, vómitos y disforia, frecuentes ($\geq 1/100$ y $<1/10$) confusión, inquietud, irritabilidad, euforia, alucinaciones, mareo, vértigo, visión borrosa y dificultad para hablar.

En caso de alergia a la lidocaína, se puede administrar sulfato de magnesio.

El medicamento inductor del coma es **propofol** que provocará su fallecimiento en el menor tiempo posible y de forma segura. Para ello, las dosis de los fármacos serán de 5 a 10 veces la dosis habitual, por lo que, aunque se conocen los efectos secundarios de dichos fármacos empleados a las dosis habituales, no se pueden prever todos los efectos secundarios cuando se usan a dosis tan elevadas.

Como alternativa, en caso de no poder administrar propofol por alergia a sus componentes (aceite de soja, proteínas de huevo y cacahuete) se recomienda tiopental.

Si tras la administración de propofol no se logra inducir el estado de coma, se repetirá su administración, a mitad de dosis de la primera inyección. Esta medicación se administrará entre 2,5 y 5 minutos, y producirá una pérdida de conocimiento entre 1 y 2 minutos después de su administración. En algunas ocasiones puede producir una parada respiratoria y una posible parada cardíaca, no obstante, en todos los casos el profesional sanitario competente, tras confirmar que usted se encuentra en un estado de coma, le administrará un fármaco **bloqueante neuromuscular** (atracurio, cisatracurio o rocuronio) cuyo objetivo es provocar una parada respiratoria en pocos minutos, seguida de una parada cardíaca. A veces, aunque ocurra la parada respiratoria, el corazón puede seguir latiendo entre 1 y 20 minutos. Durante este tiempo hasta que se produce la parada cardíaca, el paciente se puede poner cianótico.

En caso de no producirse la parada cardíaca, se repetirá el procedimiento, volviendo a administrar por otra vía intravenosa el propofol seguido del bloqueante neuromuscular a las mismas dosis administradas previamente.

Durante todo el proceso y en el supuesto de que la aguja migre de la vena en la que se encuentra, se volverá a iniciar la administración intravenosa de propofol, seguido del bloqueante neuromuscular, a las mismas dosis por la otra vía venosa.

En caso de que el paciente no disponga de dos vías venosas adecuadas y estables, la prestación de ayuda para morir se realizará en un centro hospitalario.

b) **Suicidio asistido**, modalidad de **autoadministración**. En esta modalidad, antes de tomar por vía oral la sustancia que le prescribe o suministra el profesional sanitario competente, deberá tomar uno o dos fármacos que le evite el vómito.

En el caso de que se tome **metoclopramida**, las posibles reacciones adversas son habitualmente transitorias, y tienden a presentarse en el plazo de cuatro horas tras la administración. Entre las reacciones adversas frecuentes ($\geq 1/100$ y $<1/10$) están la acatisia o dificultad para mantenerse quieto, inquietud mental, trastorno extrapiramidal y parkinsonismo incluso con una sola dosis, siendo más frecuente en adultos más jóvenes. Reacciones adversas poco frecuentes ($\geq 1/1000$ y $<1/100$) son distonía, discinesia, alteraciones visuales, crisis oculogiras, disminución del nivel de conciencia y un estado de confusión. Con una frecuencia no conocida, puede aparecer shock, síncope o hipertensión aguda.

En caso de que tome **ondansetrón**, entre las reacciones adversas muy frecuentes ($\geq 1/10$) aparece cefalea, entre las poco frecuentes ($\geq 1/1000$ y $<1/100$) convulsiones, trastornos del movimiento incluidas reacciones extrapiramidales, crisis oculogiras, discinesia, arritmias e hipo.

Entre las raras ($\geq 1/10.000$ y $<1/1000$) vértigo y muy raras ($\leq 1/10.000$) ceguera transitoria, erupción cutánea incluyendo necrosis epidérmica tóxica.

Aproximadamente 1 hora después de la ingesta de los fármacos para evitar el vómito, tomará la solución oral de **pentobarbital**, que tiene un volumen de 100 ml. El objetivo de este fármaco es inducir el estado de coma. En la gran mayoría de los casos, el período de tiempo entre la ingesta de la solución oral y el fallecimiento es menor de 30 minutos, pero a veces puede tardar entre 2 y 3 horas. Períodos prolongados pueden dar lugar a situaciones difíciles por lo que se recomienda acordar un plazo máximo de 2 horas con el paciente y su familia. Si en ese plazo de tiempo no ha sucedido el fallecimiento, se iniciará el procedimiento de administración de medicamentos vía intravenosa. Por ello, antes de la administración de la solución oral, se realizará la canalización de un acceso venoso por si fuera necesario utilizarlo.

La solución de pentobarbital puede producir temblores musculares, agitación muy rara vez, y después de la parada cardiaca, pueden darse una o varias respiraciones entrecortadas, aunque en esa situación el paciente ya está clínicamente muerto.

La solución de pentobarbital tiene sabor amargo y por ello puede producir náuseas o regurgitación gastroesofágica. Si una vez iniciada la toma de la solución oral, aparecieran vómitos, incapacidad para realizar la ingesta completa de la solución, se valorará según la cantidad ingerida, la necesidad de iniciar todo el procedimiento de administración de medicamentos vía intravenosa.

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

Transcurridas 24 horas de la finalización el proceso deliberativo con el 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 profesionales de enfermería.

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:	Administración por el equipo asistencial	Autoadministración
Lugar de prestación de la ayuda	Domicilio habitual	Centro hospitalario

Donación de órganos SI NO

(En caso de manifestar su deseo de ser donante de órganos, la prestación se realizará en el ámbito hospitalario)

En....., a..... de..... de 202....

FIRMA DEL PACIENTE
Fdo.: (Nombre y apellidos)

Yo (nombre y apellidos del médico),
colegiado en, con el nº

DECLARO:

Que he proporcionado la información adecuada al paciente, he comprobado que la ha entendido
y he dado respuesta a las dudas planteadas

En....., a..... de..... de 202....

Firma del médico/a responsable

Fdo.: (Nombre y apellidos)

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

Transcurridas 24 horas de la finalización el 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 profesionales de enfermería.

DESISTIMIENTO / REVOCACIÓN

He decidido DESISTIR / REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN

Paciente

Médico Responsable

D/Dña

D/Dña.....

DNI.....

Número colegiado.....

Firma paciente

Fdo.: (Nombre y apellidos)

Firma médico/a responsable

Fdo.: (Nombre y apellidos)

(Puede consultar la información sobre protección de datos al final de este documento)

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 del Proceso Integrado de Salud, 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/ Melchor Fernández Almagro, nº 1, 28029 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.