			Nº Historia Clínica	
	Tipo de documento:		Nombre:	
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	
	Fecha de Consulta:		Segundo Apellido	
			Fecha de nacimiento	Sexo

OTROS DATOS DEL PACIENTE	
DNI/T.Residente/Pasaporte NASS	CIP CA Cód. SNS CIP Europeo Teléfono móvil
Teléfono	
DOMICILIO	
Tipo de vía	Nombre de la vía
Nº de la vía Piso Letra Código Postal	Población Municipio Provincia País

VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE E INFORME AL/LA PACIENTE RELATIVO A SU DIAGNÓSTICO, POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS, RESULTADOS ESPERABLES, Y POSIBLES CUIDADOS PALIATIVOS

(art. 8.1. párrafo primero L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia)

1. VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA SOLICITUD (art. 5.1. a), c) y d) L.O. 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia):

- El/la solicitante tiene nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, es mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud.
- El/la solicitante ha formulado la primera solicitud de prestación de ayuda a morir de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita tener constancia y sin que sea el resultado de ninguna presión externa
- Enfermedad que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva o padecimiento que incide directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí mismo/a, así como la capacidad de expresión y relación, y lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.


2. EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE¹:

- Ha verificado el cumplimiento de los anteriores requisitos y realizado con el/la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos y sobre las prestaciones a que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia, asegurándose de que comprende la información que le facilita.

(Cualquier incumplimiento de los requisitos implica la detención del procedimiento hasta que se pueda verificar)

3. PROCESO DELIBERATIVO CON EL/LA MÉDICO/A RESPONSABLE:

¹ Facultativo/a que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del/la paciente, con el carácter de interlocutor/a principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS			Nº Historia Clínica	
	Tipo de documento:		Nombre:	
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	
	Fecha de Consulta:		Segundo Apellido	
			Fecha de nacimiento	Sexo

La presente información se enmarca en el proceso deliberativo entre el/la paciente, en pleno uso de sus facultades, y el médico/a responsable.

Fecha de inicio del proceso deliberativo:


Información relativa al diagnóstico²:

Posibilidades terapéuticas, resultados esperables y pronóstico:

Información sobre posibles cuidados paliativos:

Información sobre recursos sociosanitarios a los que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia:

² Diagnóstico principal, y comorbilidades si tienen implicaciones importantes en el pronóstico, tratamientos y posibles cuidados paliativos.

			Nº Historia Clínica	
	Tipo de documento:		Nombre:	
	Servicio:	Unidad:	Primer Apellido	
	Fecha de Consulta:		Segundo Apellido	
			Fecha de nacimiento	Sexo

Se garantizará en todo momento una atención paliativa integral adaptada a la situación individual y familiar, en cualquier nivel asistencial y/o domicilio, durante todo el proceso. Se ha informado de los recursos de cuidados paliativos en el Área Sanitaria, así como de los recursos sociosanitarios y de las prestaciones a las que tuviera derecho de conformidad con la normativa de atención a la dependencia. Podrá consultar dichas prestaciones en la página web de ASTURSALUD (Ciudadanía/Trámites y Prestaciones sanitarias/Proceso al final de la vida) o pidiendo cita con su Trabajador/a Social.

Lo que certifico como médico/a responsable:

<p>Nombre Responsable</p> <p>Nº COLEGIADO</p> <p>Fecha de firma</p>

INSTITUCIÓN EMISORA	
Denominación del Servicio de Salud:	
Denominación del provisor de servicios:	
Denominación del centro:	
Tipo de vía	Municipio
Nombre de la vía	Provincia
Nº de la vía	País
Código Postal	Teléfono