



Derecho a la eutanasia

Guía del proceso general y plazos
de la prestación de ayuda para morir



Derecho a la eutanasia

Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir

Nota en relación al tratamiento del género masculino o femenino: Con el fin de facilitar la lectura de este documento, cuando sea necesario utilizar sustantivos de género gramatical masculino para referirse a colectivos, deberá entenderse que se refieren de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que su utilización signifique intención discriminatoria.



Edita: Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León
Sexta versión: 31 de mayo de 2023

Objetivo	4
Consideraciones generales	4
Definiciones	6
Proceso de atención a la persona que solicita ayuda para morir en Castilla y León:	
Comisiones de Área de apoyo a la LORE	7
Subprocesos	9
• Proceso previo. Manifestaciones del paciente: información.....	9
• Primera solicitud	13
• Segunda solicitud	18
• Valoración por un médico consultor	18
• Validación de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE)	20
• Aplicación de la prestación de ayuda para morir	21
Flujogramas del proceso y subprocesos	30
Anexos	39

La naturaleza garantista de la LORE, mediante la incorporación de numerosos requisitos, tiene el ánimo de proteger el derecho a la eutanasia y, al mismo tiempo, evitar sus aplicaciones indebidas. Esa realidad contribuye a que la puesta en marcha pueda resultar compleja. Esta guía pretende orientar a los profesionales sanitarios (el médico responsable, el médico consultor, la enfermera que realice la prestación y todos los miembros del equipo) en el proceso asistencial de ayuda para morir: la eutanasia.

Desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, se han concretado y mejorado algunos aspectos del procedimiento contenido en esta Guía, recogiendo tanto las recomendaciones de la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León, en el marco de sus funciones según el artículo 18.c, de la Ley, así como las sugerencias realizadas por las Comisiones de Área de Apoyo a la LORE.

Consideraciones generales

Tienen derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir aquellas personas que:

- Sean mayores de edad con plena capacidad de obrar y de decidir libremente.
- Tengan nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
- Se encuentren en una situación de contexto eutanásico, es decir que sufra un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables.
- Realicen la petición de la prestación libremente sin ninguna presión externa, de forma consciente e informada.
- En el caso de que la persona ya no esté capacitada para decidir, tiene derecho a recibir la prestación si hubiera formalizado con antelación un documento de instrucciones previas de acuerdo a la normativa vigente, en el que indicara expresamente el deseo de recibir ayuda para morir mediante eutanasia.

El paciente puede revocar su solicitud en cualquier momento del proceso.

No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concer-

tados, y en el domicilio del paciente (considerando como tal también los Centros Residenciales de mayores y de personas con discapacidad), sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

Para facilitar la tramitación de la prestación, se habilitará un repositorio documental individualizado para cada paciente, donde se irá guardando la documentación generada en las distintas fases de la prestación. Una vez haya finalizado el procedimiento de tramitación de la prestación, o en su caso haya tenido lugar el desistimiento o revocación de la solicitud, se archivará toda la documentación en la Historia Clínica del Paciente y se cerrará el acceso al repositorio documental del paciente.

En el momento en que un paciente, debido a su situación clínica, se encuentre imposibilitado para expresar su voluntad y sea necesario tomar decisiones clínicas relevantes, el médico que le atiende debe acceder al Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León (REIP) para comprobar si ha otorgado un documento de instrucciones previas (DIP) y, en caso afirmativo, ver su contenido para comprobar si se encuentra en los supuestos de hecho previstos por el otorgante y aplicar sus instrucciones de acuerdo a la *lex artis* y al ordenamiento jurídico. Para acceder al Registro es necesario estar colegiado en alguno de los nueve colegios oficiales de médicos de Castilla y León y estar en activo, dado que el acceso lo facilita el colegio de médicos correspondiente.

El acceso a REIP se realizará a través de la siguiente dirección URL, utilizando cualquier navegador (Mozilla Firefox, Google Chrome, Microsoft Edge, etc.). excepto Internet Explorer

<https://reip.saludcastillayleon.es/REIP/>

La entrada a la aplicación se puede hacer de dos maneras:

- a) Utilizando el certificado profesional en SIAVAL de los profesionales de SACYL que facilitan los servicios de personal de cada centro .
- b) Mediante un certificado digital expedido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre o mediante su DNI electrónico.



También se puede acceder a REIP a través del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, en la siguiente dirección, donde se puede consultar además documentación de apoyo en esta materia:

<https://www.saludcastillayleon.es/es/serviciosonline/registro-instrucciones-previas>

Dado que la solicitud de inscripción de un DIP en REIP es voluntaria, a petición del otorgante, si no se encontrara nada en el Registro se consultará la Historia Clínica o a la familia.

Un documento de instrucciones previas es válido si se ha formalizado por escrito por una persona mayor de edad que sea capaz y actúe libremente, y recoja al menos sus indicaciones sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, así como las situaciones sanitarias a las que dichas instrucciones se refieren, o llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos. Debe estar formalizado mediante cualquiera de los procedimientos previstos en la normativa vigente en Castilla y León,

Ley 8/2003 de 8 de abril de derechos y deberes de las personas en relación con la Salud, bien sea ante notario, ante tres testigos o ante personal de la Administración nombrado por la Consejería de Sanidad para tal fin.

Esta Guía ofrece además, una serie de modelos orientativos vinculados en sus correspondientes apartados, que pueden servir de base a los profesionales que intervengan en la realización la prestación de ayuda para morir.

Para mas información sobre esta guía puede contactar con la unida de apoyo LORE de la Gerencia Regional de Salud (**983 772 366** / apoyolore.grs@saludcastillayleon.es)

Definiciones

El artículo 3 de la Ley define los siguientes conceptos:

a) Consentimiento informado: La conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).

b) Padecimiento grave, crónico e incapacitante: Situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) Enfermedad grave e incurable: La 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.

d) Médico responsable: Facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor 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.

e) Médico consultor: Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.

f) Objeción de conciencia sanitaria: Derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

g) Prestación de ayuda para morir (PAM): Acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en la Ley 3/2021, y que ha manifestado su deseo

de morir. Existen dos modalidades:

- 1ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente
- 2ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

h) Situación de incapacidad de hecho: Situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficiente para registrarse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

Proceso de Atención a la persona que solicita ayuda para morir en Castilla y León: Comisiones de Área de Apoyo a la LORE

Con el fin de garantizar la prestación de ayuda para morir de la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León para aquellos ciudadanos que la soliciten y cumplan los requisitos establecidos en esta Ley Orgánica del 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en adelante LORE, así como la difusión entre el personal sanitario de los supuestos contemplados en la Ley, a los efectos de su correcto y general conocimiento, y de facilitar a los profesionales el derecho a la objeción de conciencia, se han constituido en Castilla y León las Comisiones de Área de Apoyo a la LORE.

El objeto de estas comisiones, cada una en el ámbito de su área de salud, será el asesoramiento y orientación a los profesionales directamente implicados en una prestación y de coordinación de las actuaciones que se puedan derivar de una solicitud de eutanasia para garantizar esta prestación de la cartera de servicios del Sistema Público de Salud de Castilla y León.

Cada Comisión de área está formada por un número mínimo de tres miembros y preferentemente de seis, pertenecientes a los ámbitos asistenciales de atención primaria y hospitalaria de su área, entre los cuales figuran al menos, un profesional de medicina, un profesional de enfermería y un profesional de trabajo social.

Las Comisiones de Área de Apoyo a la LORE tienen las siguientes funciones:

- a) Asesorar a los profesionales directamente implicados en el procedimiento a seguir cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir: médico responsable, médico consultor, equipo asistencial y, en su caso, trabajador social y farmacéutico.
- b) Resolver las dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley y, cuando la complejidad del asunto lo requiera, solicitar el asesoramiento de la Unidad de Apoyo de la LORE de la Gerencia Regional de Salud, y a través de ella,

- a la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia en Castilla y León.
- c) Facilitar la coordinación de las actuaciones que se puedan derivar de una solicitud de eutanasia, de manera que el procedimiento se realice en los plazos legalmente establecidos.
 - d) Analizar y proponer medidas para garantizar la disponibilidad de profesionales sanitarios que lleven a cabo la prestación de ayuda para morir en el ámbito asistencial de atención primaria y hospitalaria.
 - e) Analizar y proponer medidas para facilitar que los profesionales sanitarios directamente implicados en una prestación puedan llevarla a cabo mediante la asignación del tiempo y los recursos necesarios.
 - f) Proponer, organizar, coordinar y, en su caso, impartir actividades formativas específicas sobre la ayuda para morir en el ámbito del Área.
 - g) Detectar y analizar los posibles problemas en la aplicación de la ley y proponer mejoras concretas para su incorporación a protocolos de actuación con el fin de facilitar la prestación de ayuda para morir en sus diferentes momentos asistenciales.
 - h) Informar a la Dirección Médica de cada nivel asistencial, o persona en quien éste delegue, de los problemas detectados que puedan derivar en un incumplimiento de las obligaciones legales del centro sanitario en relación a esta prestación de la cartera de servicios para su resolución.
 - i) Proponer la adopción de medidas en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud para garantizar la igualdad y calidad asistencial de la prestación, así como adoptar las medidas necesarias para la puesta en marcha de los protocolos generales aprobados.
 - j) Cualquier otra que le sea encomendada o le atribuya el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud o el titular de la Dirección General competente en materia de asistencia sanitaria.

Podrán solicitar asesoramiento a la Comisión del Área de Apoyo LORE todos los profesionales del Sistema Público de Salud de Castilla y León relacionados con la prestación de ayuda para morir, así como los órganos directivos o de representación de los correspondientes centros o servicios. La solicitud de asesoramiento se remitirá al correo institucional de la Comisión del Área y el responsable de la Comisión podrá trasladar la misma a cualquiera de sus miembros que por su categoría profesional o puesto de trabajo esté más relacionado con el asunto planteado y será resuelta directamente por dicho miembro, de forma coordinada con el resto del grupo de trabajo.

El asesoramiento recibido en ningún caso tendrá carácter vinculante ni sustituirá o compartirá la toma de decisiones de los profesionales sanitarios en el procedimiento seguido para la realización de la prestación de ayuda para morir.

Los correos electrónicos de contacto de las comisiones de área de apoyo LORE son:

lore.gasav@saludcastillayleon.es
lore.gasbu@saludcastillayleon.es
lore.gasle@saludcastillayleon.es
lore.gasbi@saludcastillayleon.es
lore.gaspa@saludcastillayleon.es
lore.gassa@saludcastillayleon.es
lore.gasse@saludcastillayleon.es
lore.gasso@saludcastillayleon.es
lore.gasvae@saludcastillayleon.es
lore.gasvao@saludcastillayleon.es
lore.gasza@saludcastillayleon.es

Manifestaciones del paciente sobre el deseo de adelantar la muerte

Cuando un paciente manifieste al personal sanitario que le presta atención sanitaria, (personal facultativo o personal de enfermería), su deseo de morir debido al sufrimiento físico o psíquico constante, insoportable para él ya sea por la enfermedad grave e incurable que padece, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva, o debido a su padecimiento crónico e imposibilitante, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable de sus limitaciones, y pide a los profesionales sanitarios ayuda para poner fin a ese sufrimiento, es necesario explorar la causa de su sufrimiento. Para ello se debe programar una consulta con el paciente, dado que se necesita contar con el tiempo adecuado para realizar las siguientes actividades:

- Revisar con el paciente su plan terapéutico y de cuidados, valorar la posibilidad de derivación a otras unidades asistenciales como la Unidad de Paliativos, psicólogo clínico, o pedir la valoración de otros facultativos para ajustar los tratamientos.
- Indagar si existen necesidades de apoyo social o familiar no satisfechas que influyan en el sentimiento de sufrimiento (soledad, sensación de abandono, carga familiar y social).
- Explorar los valores y preferencias del paciente ante las distintas alternativas terapéuticas, después de ser informado de los resultados esperables con las distintas opciones.
- Ante manifestaciones de distress emocional por la posibilidad de un agravamiento que conlleve la pérdida de su capacidad para tomar decisiones, consensuar con el paciente el plan terapéutico a seguir para cuando ya no pueda decidir (Planificación de decisiones, planificación compartida de la atención, etc.). Registrar en la Hª Clínica las decisiones adoptadas.
- Aconsejar la formalización de un documento de instrucciones previas con las decisiones adoptadas para que puedan ser conocidas por cualquier facultativo que deba prestarle atención sanitaria en dicha situación de pérdida de la capacidad, o su revisión y actualización si se hubiera formalizado con anterioridad (sustitución del documento) o su revocación.
- El profesional sanitario actuará en el ámbito de sus competencias.

Actuaciones del profesional de la medicina

Programar consulta/visita domiciliaria con el paciente para explorar la causa de su sufrimiento
Valoración Clínica: Detección de descompensaciones
Revisar Plan Terapéutico
Valorar derivación a otras unidades asistenciales hospitalarias
Explorar necesidades de apoyo social
Revisar valores y preferencias ante alternativas terapéuticas y evolución de la enfermedad
Planificación compartida de la atención
Aconsejar formalización de un documento de instrucciones previas, o en su caso, sustitución o revocación
Valorar derivación a profesional de enfermería y/o trabajo social
Registro en la Historia Clínica de las decisiones adoptadas

Actuaciones del profesional de la enfermería

Programar consulta/visita domiciliaria con el paciente para explorar la causa de su sufrimiento
Revisar el plan de cuidados establecido, si le hubiera
Valoración de necesidades de cuidados por patrones funcionales o necesidades básicas: percepción del estado de salud, descompensaciones que afecten a la capacidad funcional, cognitiva, emocional, relaciones y apoyo social, valores y creencias sobre la salud-enfermedad.
Establecimiento del plan de cuidados individualizado que incluya la planificación compartida de la atención y consejo sobre formalización del documento de instrucciones previas, o según el caso, susitución o revocación
Valorar derivación al profesional de la medicina y/o trabajo social
Registro en la Historia Clínica de la valoración, plan de cuidados y decisiones adoptadas

Si el paciente confirma su deseo de solicitar ayuda para morir por no considerar aceptables las alternativas terapéuticas propuestas, ya sea el facultativo o el profesional de enfermería deben entregar al paciente la siguiente información sobre la prestación de ayuda para morir que se puede descargar del Portal de Salud.

- Proceso de atención para la prestación de ayuda para morir: Preguntas y respuestas para los ciudadanos.
- Primera solicitud de la prestación (**Modelo 1**): La normativa establece que el paciente debe firmar la solicitud en presencia de un profesional sanitario, que también la rubricará, por tanto, el profesional sanitario firmará en el apartado correspondiente en el reverso de la solicitud, cumplimentando todos los datos de dicho apartado y recogerá la solicitud para su entrega al médico responsable de la prestación.

Actuaciones de los profesionales que se declaren objetores de conciencia:

Si el paciente realiza estas manifestaciones a su médico de referencia, o habitual, ya sea de atención primaria o de atención hospitalaria, y éste no desea participar en el proceso de esta prestación debido a razones de conciencia, deberá realizar las siguientes tareas:

- Informar al paciente de que es objetor de conciencia y, por tanto, no puede realizar la prestación.
- Recibir la solicitud de eutanasia firmada por el paciente ante un profesional sanitario. Si no está firmada se procederá a las firmas tanto del paciente como del facultativo como profesional sanitario.
- El médico debe recoger la solicitud para canalizarla ante la Administración e indicar al paciente que:
 - Otro médico atenderá su solicitud como responsable de la prestación de eutanasia, según el protocolo de designación de médico responsable establecido al efecto.
 - El coordinador del Equipo/Jefe de servicio será su interlocutor en lo que respecta a esta prestación
 - Él seguirá siendo su médico de referencia para atender los problemas ocasionados por su patología como lo hace habitualmente.
- Si el facultativo no se hubiera inscrito con anterioridad en el Registro de Objetores de Conciencia para la prestación de ayuda para morir de Castilla y León (R.O.C.), se inscribirá cumplimentando la Declaración de Objeción de Conciencia que se puede descargar en el siguiente enlace: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia>
- Preparar la documentación clínica necesaria para que el médico que asuma la prestación de eutanasia conozca el historial clínico del paciente (**Modelo 2.a**): diagnóstico principal, otros diagnósticos relevantes, procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos signifi-

cativos, resumen de acciones terapéuticas y actividad asistencial prestada así como de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución de la patología. Se deberá dejar constancia de las alternativas terapéuticas ofrecidas al paciente y que éste rechaza (incluido cuidados paliativos integrales).

Contenido del informe médico (Modelo 2.a)

Diagnóstico principal, otros diagnósticos relevantes
Procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos significativos
Resultados a destacar de pruebas complementarias para su seguimiento
Resumen del plan terapéutico
Valoración de la situación clínica actual
Alternativas propuestas (terapéuticas, interconsultas con otras especialidades, etc.)

Contenido del informe de trabajador social (Modelo 2.b)

Situación social actual: diagnóstico social sanitario
Nivel de dependencia
Situación respecto al apoyo familiar y/o social
Recursos que utiliza para afrontar la dependencia (Prestaciones de los servicios de atención del SAAD, económicos, de la familia, de la comunidad, etc.)
Necesidades socio-sanitarias descompensadas o no cubiertas
Revisión del Plan individual/familiar
Recursos sociales disponibles y del Sistema de Atención a la Dependencia
Oferta de recursos del catálogo de servicios de atención a la dependencia disponibles en la Comunidad y oferta de otros recursos sociales disponibles en el entorno del paciente (Voluntariado, asociaciones, etc.)
Actitud motivada ante la oferta realizada: aceptación, rechazo, aceptación con condiciones, previsión de demoras en la asignación del recurso, etc.

Contenido del informe de enfermería (Modelo 2.c)

Valoración de las necesidades de cuidados según los modelos de:
Patrones funcionales de Marjory Gordon, en Atención primaria
Las 14 necesidades de Virginia Henderson, en Atención Hospitalaria
Incluyendo las propias expresiones del paciente sobre su:
Situación funcional respecto a las actividades de la vida diaria (actividades instrumentales y/o actividades básicas)
Situación emocional: percepción del paciente sobre la evolución de su enfermedad, calidad de vida, estado de ánimo, sentimientos y emociones
Valores y preferencias del paciente ante su enfermedad

- Según al ámbito asistencial al que pertenezca el facultativo (Atención Primaria o Atención Hospitalaria), informará al Coordinador del EAP o al Jefe de Servicio hospitalario correspondiente sobre la solicitud del paciente y que es objetor de conciencia. Le entregará la documentación del paciente (solicitud, informe clínico, y si ya estuvieran preparados, el informe de enfermería e informe social) para su derivación al médico responsable de la prestación.
- El coordinador del equipo o jefe de servicio serán los interlocutores con el paciente hasta que se pueda encontrar un médico responsable de la prestación de eutanasia y deberán informar al paciente del estado de tramitación de su solicitud.

Funciones del Coordinador de EAP/jefe de servicio

En caso de que el médico de referencia elegido por el paciente sea objetor de conciencia, deben:

- Ser los interlocutores con el paciente hasta que se pueda encontrar un médico responsable de la prestación de eutanasia y deberán informar al paciente del estado de tramitación de su solicitud.
- Consultar a los facultativos de su equipo/servicio si tienen razones de conciencia para realizar la prestación de eutanasia, con el objetivo de poder asignarles la solicitud de la prestación. En caso de no encontrar un médico responsable entre los facultativos de su Equipo/Servicio, deberá contactar con la Comisión de apoyo LORE de su área y con la Dirección Médica correspondiente, informando de esta circunstancia.
- Informar al Trabajador Social del Centro de la solicitud de eutanasia, para que éste informe al paciente sobre las prestaciones sociales y de atención a la dependencia así como de otros recursos sociales disponibles en el entorno del paciente, y elabore un informe social (Modelo 2.b) con las prestaciones sociales aceptadas o rechazadas por el paciente, en el caso de que no se hubiera adjuntado a la documentación,
- Informar al profesional de enfermería de referencia de la solicitud de eutanasia para que actualice el Plan de cuidados del paciente y, en caso de alegar razones de conciencia para no formar parte del equipo asistencial que realice la prestación, prepare el correspondiente informe de enfermería, que se puede descargar de MEDORA o de GACELA, o en su defecto cumplimentar el [Modelo 2.c](#), en el caso de que no se hubiera adjuntado a la documentación.
- Enviar a la Dirección Médica toda la documentación recabada en sobre cerrado (solicitud del paciente, información clínica del médico de referencia, el informe social y el informe de enfermería) para su custodia hasta que se encuentre un médico responsable de la prestación.
- La Dirección Médica, contando con la colaboración de la Comisión de área de apoyo LORE, designará un médico responsable de la prestación de ayuda para morir de acuerdo al protocolo de designación de médico responsable establecido al efecto

Si alguno de los facultativos acepta el caso:

- Entregar la documentación relativa a la prestación.
- Reorganizar la agenda de trabajo del médico responsable para adecuar la disponibilidad del tiempo necesario para el cumplimiento de los plazos previstos en la normativa.
- Informar a la Dirección Médica y a la Comisión de apoyo LORE de su área del inicio de la tramitación de la prestación y facilitar los datos del facultativo responsable (nombre y apellidos, NIF/NIE, correo electrónico corporativo y teléfono de contacto), con el fin de solicitar el acceso del médico responsable al repositorio documental de la LORE, donde se irá archi-vando la documentación generada en las distintas fases de la prestación.

Actuaciones del Coordinador del EAP/Jefe de Servicio ante una solicitud de prestación

Si el médico de referencia es objetor de conciencia y no acepta realizar la prestación

Requerir la documentación del paciente con la información necesaria para realizar la prestación: al médico de referencia el informe médico (**Modelo 2.a**), al Trabajador Social el informe social (**Modelo 2.b**) y al profesional de enfermería de referencia el informe de enfermería de Medora o GACELA según el nivel asistencial, o en su defecto el informe (**Modelo 2.c**)

Consultar a los facultativos de su equipo/servicio si tienen razones de conciencia para aceptar o rechazar participar en la prestación

Ser los interlocutores con el paciente hasta que se encuentre un médico responsable

Informar al paciente del estado de tramitación de su solicitud

Si el médico de referencia u otro médico del equipo/servicio acepta realizar la prestación

Reorganizar su agenda de trabajo para garantizar el cumplimiento de los plazos que establece la normativa para realizar la prestación

En cualquiera de los casos, contactar con la Comisión de Apoyo LORE de su área a través del correo electrónico previsto a tal fin, para:

- Informar de la recepción de una solicitud de prestación de eutanasia en su equipo/servicio y la decisión del médico de referencia o en su caso el resto de facultativos del equipo/servicio
- Si hay médico responsable de la prestación, facilitar los datos necesarios para darle acceso al repositorio documental de la LORE (nombre y apellidos, NIF/NIE, teléfono de contacto y correo electrónico corporativo)
- Si no hay médico responsable, remisión de la documentación del paciente a la Dirección médica para su custodia hasta la designación de médico responsable
- Conocer el estado de tramitación de la solicitud de la prestación para informar al paciente

3. Si las manifestaciones se realizan ante personal de enfermería, revisará el plan de cuidados, realizará una valoración funcional y emocional del paciente así como las actuaciones de enfermería que correspondan. Así mismo ambos firmarán la solicitud, la recogerá y se la entregará al facultativo de referencia, indicando al paciente que éste se pondrá en contacto con él para gestionar su prestación.

4. Si el paciente realiza estas manifestaciones a su médico de referencia, ya sea de atención primaria o de atención hospitalaria, y éste acepta realizar la prestación como médico responsable: se da paso a la siguiente fase.

Primera solicitud. Aceptación por médico responsable de la prestación de eutanasia

Cuando un facultativo acepte ser el médico responsable de la prestación de eutanasia, bien sea a petición directa del paciente o tras las gestiones realizadas por el Coordinador del EAP/Jefe de Servicio o la Comisión de apoyo LORE de su área, deberá:

- Coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal en todo lo referente a su atención e información durante este proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones que deban realizar otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.
- Comprobar que la solicitud (**Modelo 1**) tiene todos los datos correctamente cumplimentados y se ha firmado en presencia de un profesional sanitario que también la habrá rubricado. Si la solicitud no está firmada ante un profesional sanitario se procederá a su firma ante el médico responsable de su prestación quien firmará tanto en el apartado como profesional sanitario como en el apartado de médico responsable indicando la fecha.

- Si el paciente no utiliza el **Modelo 1**, puede presentar cualquier otro escrito que contenga como mínimo los datos de identificación (Nombre y apellidos, N° de DNI o NIE, fecha de nacimiento), domicilio completo del paciente, teléfono de contacto y recoger su firma, la fecha en que se firma, así como la firma del profesional sanitario ante quien se firmó; en este caso procederá a la firma como médico responsable.
- Si el paciente está capacitado para solicitar la prestación pero no puede firmar debido a su enfermedad o padecimiento, podrá :
 - Presentar la solicitud otra persona mayor de edad y plenamente capaz, quien podrá fechar la solicitud y firmarla en presencia del solicitante y del profesional sanitario. Dicha persona debe indicar en la solicitud las razones por las que el paciente no se encuentra en condiciones de firmar la solicitud. (Reverso del **Modelo 1**).
 - Solicitar la prestación por cualquier otro medio que permita dejar constancia de su voluntad inequívoca, así como del momento en que se solicita (por ej. grabación de vídeo, videoconferencia, etc.), en ese caso, la grabación de la solicitud debe realizarse ante un profesional sanitario, quien acreditará con su firma el cumplimiento de los requisitos que establece la Ley en el certificado que debe cumplimentar el médico responsable al recibir la grabación (**Modelo 1.c**).
- Si la persona ya no fuera capaz de expresar su voluntad, pero con anterioridad hubiera formalizado un documento de instrucciones previas (DIP) según establece la normativa vigente, y hubiera dejado constancia en él de su deseo de morir mediante eutanasia, la solicitud puede presentarla otra persona mayor de edad y plenamente capaz, su representante (**Modelo 1.a**) o en su defecto el médico que trate al paciente (**Modelo 1.b**), adjuntando el documento de instrucciones previas a la solicitud de la prestación.

Tipos de solicitud

Formato solicitud	Descripción	Cuando se debe utilizar	Comprobaciones del médico responsable
Modelo 1	Primera solicitud de la prestación	El paciente está capacitado para solicitar la prestación. Si la enfermedad o su padecimiento le impide firmar, puede fechar y firmar la solicitud en el reverso del modelo otra persona, estando en presencia del paciente y profesional sanitario, e indicando los motivos	Todos los datos cumplimentados, fechado y firmado por solicitante (o de quien firme por él), personal sanitario y médico responsable de la prestación
Modelo 1.a	Primera solicitud de la prestación	Si el paciente ya no está capacitado para solicitar la prestación y hubiera dejado constancia de su deseo de morir mediante eutanasia en un documento de instrucciones previas, podrá presentar la solicitud la persona designada como representante en el citado documento, o en su defecto, cualquier otra persona mayor de edad y plenamente capaz.	Todos los datos cumplimentados, fechado y firmado por solicitante, en representación del paciente, personal sanitario y médico responsable de la prestación

Formato solicitud	Descripción	Cuando se debe utilizar	Comprobaciones del médico responsable
Modelo 1.b	Primera solicitud de la prestación	Si el paciente ya no está capacitado para solicitar la prestación y hubiera dejado constancia de su deseo de morir mediante eutanasia en un documento de instrucciones previas, podrá presentar la solicitud de eutanasia el médico que lo trata en caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente,	Todos los datos cumplimentados, fechado y firmado por el médico en nombre del paciente y el médico responsable de la prestación
Modelo 1.c	Certificado de recepción de primera solicitud mediante grabación	El paciente ha realizado la primera solicitud grabando su petición en formato audiovisual en presencia de un profesional sanitario	El médico responsable cumplimentará el certificado al recibir la grabación. El profesional sanitario que fue testigo de la grabación debe ratificar con su firma la veracidad de las condiciones de grabación
Modelo 4	Segunda solicitud	Transcurridos al menos 15 días desde la primera solicitud, si el paciente desea continuar con el procedimiento. Si el paciente es incapaz y la solicitud se realiza por figurar la decisión del paciente en un Documento de instrucciones previas, no es necesario presentar segunda solicitud	Todos los datos cumplimentados, fechado y firmado por solicitante (o por quien firme por él) y médico responsable de la prestación. Si se presentara la 2ª solicitud en formato audiovisual el médico responsable cumplimentará el certificado de recepción adaptando a tal circunstancia el modelo Modelo 1.c

- Comunicará su decisión al Coordinador del EAP/Jefe de Servicio, con el objetivo de reprogramar la actividad asistencial, adecuando las agendas del facultativo para facilitar el desarrollo de las actividades de esta prestación y el cumplimiento de los plazos que establece la normativa.
- Comprobar que el paciente cumple los siguientes requisitos:
 - Que tiene nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento por un tiempo de permanencia en España superior a 12 meses.
 - Que es mayor de edad.
 - Que es capaz y está consciente en el momento de la solicitud.
 - Si ya no fuera capaz, acceder al Registro de instrucciones previas para comprobar si tiene un documento inscrito, y si lo hubiera: revisar el contenido del DIP y comprobar que dejó constancia de su decisión de pedir la eutanasia y del cumplimiento de los requisitos de validez del documento (**Valoración de capacidad**).
 - Que sufre una **enfermedad grave e incurable** (La 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 un **padecimiento grave, crónico e imposibilitante** (Situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía físi-

ca y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico).

- Las interconsultas que en su caso realice el médico responsable deberán resolverse por el profesional sanitario experto consultado teniendo los plazos que establece la Ley para el primer proceso deliberativo (cinco días naturales)
- Entregar al paciente información escrita sobre el tratamiento de datos de carácter personal (**Modelo 19**) y sobre el procedimiento (**Modelo 20**). En el caso de que el paciente fuera incapaz, se entregará al representante que haya entregado la solicitud, o en su defecto al solicitante, el modelo **Modelo 7.1** de información de consentimiento informado para el representante.

Archivo de la documentación en la Historia Clínica

- Una vez tenga acceso al repositorio documental (Sharepoint) escaneará y archivará en el mismo la primera solicitud y el resto de documentación generada durante el proceso de la prestación. Así mismo, mientras dure la tramitación de la prestación, los documentos originales se deben guardar en sobre cerrado identificado con el número de expediente dado en el SharePoint y proceder de la manera habitual cuando se tiene documentación en papel que contiene datos clínicos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación clínica del paciente a lo largo de un proceso asistencial:
 - Si el paciente tiene Historia Clínica en soporte papel: Se archiva el sobre en su Historia Clínica.
 - Si no tiene Historia Clínica en papel, se crea una nueva para guardar la documentación original generada en la tramitación.

La Historia Clínica se guardará en el archivo del centro y se aplicarán las normas de la Gerencia correspondiente en cuanto a la custodia, conservación y expurgo de la documentación.

- Si el médico responsable de la prestación pertenece a un centro sanitario distinto al del paciente, abrirá una Historia clínica en papel para guardar la documentación generada durante la prestación y una vez finalizada (ya sea por desestimiento, fallecimiento o denegación), la enviará al centro de referencia del paciente, donde la adjuntarán a la Historia Clínica existente en dicho centro.
- Si se produce el fallecimiento del paciente con motivo de la prestación LORE, la historia clínica se archivará en el archivo pasivo.
- Si la solicitud de prestación es denegada, la documentación generada se guardará en sobre cerrado en la historia clínica, que se archiva en el archivo activo.
- Cuando se proceda a la digitalización de la Historia Clínica del paciente, se cotejará que la documentación correspondiente a la LORE en soporte papel forme parte de la documentación de la Historia Clínica electrónica del paciente, pues posiblemente ya se haya incorporado desde los Servicios Centrales de la Gerencia Regional de Salud competentes para ello cuando finaliza la prestación LORE.

Primer proceso deliberativo:

- En el plazo de dos días naturales desde la solicitud, el médico responsable realizará con el paciente un **PROCESO DELIBERATIVO** en el que le explicará de forma comprensible su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos integrales que puede recibir, asegurándose que comprende la información que se le facilita.

- Es importante recoger las manifestaciones del paciente relativas a su vivencia del sufrimiento físico o psíquico causado por su enfermedad o padecimiento, describir su naturaleza y las razones por las que considera que no tiene perspectivas de mejoría. El Médico responsable también explorará la actitud del paciente ante la posibilidad de ser donante de órganos tras la realización de la eutanasia. Si el paciente manifiesta interés por conocer el proceso de donación, el Médico Responsable:
 - Debe dejar claro al paciente que su deseo de ser donante de órganos no va a influir en su valoración y emisión del informe sobre la realización de la prestación
 - Informar al paciente que se lo comunicará al Coordinador de Trasplantes (CT) del Hospital de referencia. Este profesional se pondrá en contacto con el paciente para proporcionarle toda la información necesaria y resolver sus dudas si quiere ser donante de órganos.
 - Notificar al Coordinador de Trasplantes del Hospital de referencia de la existencia de un paciente que ha solicitado la LORE y que desea recibir información sobre la donación de órganos, con el fin de que éste estudie la Historia Clínica del paciente, valore la viabilidad de la donación y se ponga en contacto con el paciente para darle la información necesaria sobre el proceso
 - Si el Médico responsable desconoce a quien dirigirse, puede consultar a la Comisión de Apoyo LORE de su Área, su Dirección Médica, o llegado el caso con la Unidad de Apoyo LORE de la Gerencia Regional de Salud o con la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Castilla y León, quien facilitará el contacto entre el MR y la CT del hospital que corresponda.

Guía de entrevista para realizar el proceso deliberativo a paciente capaz

Recopilación y análisis de la información clínica, de cuidados de enfermería y de prestaciones de ayuda a la dependencia, para describir la situación clínica del paciente y valorar si cumple los requisitos exigidos en un contexto eutanásico
Tener previstas posibles alternativas terapéuticas adecuadas a la situación clínica del paciente para plantearlas y ofrecérselas durante la entrevista (Incluidos cuidados paliativos integrales)
Preguntar por los motivos para pedir la prestación de ayuda para morir <ul style="list-style-type: none"> • Modificación del pronóstico de su enfermedad • Cambios en los apoyos familiares y/o sociales o en su estilo de vida habitual previa. • Opinión de los familiares/cuidadores sobre la prestación en sí y su solicitud • Qué es importante para el paciente que le motive en su día a día, valores y creencias. • Significado de "Calidad de Vida" para el paciente
Valorar la naturaleza del sufrimiento explorando la actitud del paciente (pensamientos, sentimientos, emociones) ante: <ul style="list-style-type: none"> • Expectativas del paciente ante la evolución de la enfermedad o padecimiento y su impacto en la autonomía funcional del paciente • Perspectivas de mejoría • Las alternativas terapéuticas propuestas • Los apoyos familiares o sociales y alternativas de recursos para la dependencia • Comprensión de la información recibida, sus las consecuencias y la trascendencia de su decisión para él y su entorno • Situaciones causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables • Justificar la debida reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa
Reorganizar su agenda de trabajo para garantizar el cumplimiento de los plazos que establece la normativa para realizar la prestación
Ante la duda sobre la capacidad, aplicar protocolo de valoración de la capacidad (Valoración de la capacidad), y si persiste la duda realizar interconsulta con psicólogo clínico
Preguntar específicamente sobre su motivación si tuviera más apoyos sociales, familiares o prestaciones de tipo sanitario (alternativas terapéuticas)
En el caso de aceptar alternativas terapéuticas, gestionar la interconsulta con los profesionales correspondientes
En el caso de rechazar alternativas terapéuticas y/o apoyos sociales: Indicar la motivación en el informe del proceso deliberativo

En los siguientes tres días naturales facilitará al paciente dicha información por escrito, así mismo si el paciente rechaza las alternativas terapéuticas, dejará constancia de ello en este informe. (**Modelo 3**). A partir de este momento, se dejará un tiempo de al menos 10 días naturales (15 días desde la primera solicitud) para que el paciente reflexione su decisión a la vista de la información verbal y escrita facilitada.

En caso de paciente incapaz no se realiza el proceso deliberativo, aunque el representante puede facilitar información al médico responsable sobre las razones del paciente para solicitar la prestación en el Documento de Instrucciones Previas. En este caso, el médico responsable debe certificar (**Modelo 18**) que el paciente:

- No se encuentra en pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes por sí mismo
- Que cumple los requisitos previstos en la Ley que regula la eutanasia en cuanto a nacionalidad o residencia y mayoría de edad
- Que sufre una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en la Ley
- Manifiesta su decisión de pedir ayuda para morir en un documento de instrucciones previas o documento equivalente legalmente reconocidos, suscrito con anterioridad, cuando era capaz de expresar estas decisiones

Si el paciente cumple con los requisitos previstos en la ley,

- Entregar al representante el documento de información para el representante del paciente en situación clínica de incapacidad de hecho (**Modelo 7.1**)
- Remitir el caso al médico consultor sin precisar segunda solicitud ni firma del consentimiento informado del paciente,
- Comunicar la solicitud al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería. El representante que figure en el documento de instrucciones previas, será el interlocutor válido del médico responsable, o en su defecto, la persona que haya presentado la solicitud en nombre del representante.

El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento (**Modelo 11-1**), finalizando en ese caso la tramitación de la prestación. Se comunicará la decisión a la Comisión de Garantía y Evaluación cumplimentando los documentos (**Modelo 12.1**) y (**Modelo 12.2**), en los apartados correspondientes a la fase que llegue la prestación.

El médico responsable puede denegar la prestación de ayuda para morir en el caso de que el paciente no cumpla alguno de los requisitos indicados anteriormente, para ello:

- El plazo máximo para la denegación será de diez días naturales desde la primera solicitud.
- La denegación se hará siempre por escrito indicando los motivos de denegación y se notificará al paciente (**Modelo 13**, cumplimentando los datos correspondientes a esta fase de primera solicitud). La denegación también debe firmarla el paciente, o en caso de que éste no pueda firmar, la persona que firmara la solicitud en nombre del paciente. En caso de no poder entregarle en mano la denegación, se remitirá al domicilio indicado por el solicitante por correo postal certificado con acuse de recibo.

Se debe incluir información de la posibilidad de recurso ante la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León (CGE) en el plazo máximo de quince días naturales.

- Si el paciente manifiesta su deseo de reclamar, se puede facilitar el **Modelo 14** de reclamación contra la denegación de la prestación de ayuda para morir.

- El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, deberá archivar en el repositorio documental del paciente los **Modelos 12.1a** y **12.2a** (documentos 1º y 2º del Art. 12 de la LORE adaptados a la denegación) cumplimentados con los datos correspondientes a esta fase, para conocimiento de la CGE:
 - Documento primero (**Modelo 12.1a**. Adaptado a denegación de la prestación): Sellado por el médico responsable, con los siguientes datos:
 1. Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
 2. Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.
 3. Nombre completo del representante que figura en el documento de instrucciones previas, si el paciente lo hubiera formalizado. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.
 - Documento segundo: deberá recoger los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación, además de los siguientes datos (**Modelo 12.2a**). Adaptado a denegación de la prestación):
 1. Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
 2. Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
 3. Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
 4. Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
 5. Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

Segunda solicitud

Transcurridos al menos 15 días desde la primera solicitud, si el paciente capaz desea continuar con el proceso, puede presentar al médico responsable una segunda solicitud en el **Modelo 4** o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de su voluntad inequívoca, así como del momento en que se solicita.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad del paciente para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor entre las solicitudes que considere apropiado, en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

El médico responsable:

- En dos días naturales, **RETOMARÁ EL PROCESO DELIBERATIVO** con el paciente.
- En los siguientes tres días naturales, resolverá cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente para finalizar el proceso deliberativo (**Modelo 5**).
- Transcurridas veinticuatro horas, recabará del paciente su **DECISIÓN DE CONTINUAR O DESISTIR** de la solicitud de prestación de ayuda para morir:
 - Si el paciente **DESEA CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO**, el médico responsable:

- Comunicará esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería. El profesional de enfermería que acepte formar parte del equipo para la realización de esta prestación, programará una consulta con el paciente para revisar el Plan de cuidados y actualizarlo.
 - También se lo comunicará, si así lo desea el paciente, a los familiares o allegados que éste indique.
 - Debe recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado (**Modelo 7**).
- Si el paciente desiste de su solicitud, firmará la revocación del procedimiento (**Modelo 11.1**). En este caso el médico responsable comunicará la decisión del paciente tanto al equipo asistencial como a la CGE mediante los documentos (**Modelo 12.1**) y (**Modelo 12.2**), cumplimentando los apartados correspondientes a la fase que llegue la prestación
- Si tras el segundo proceso deliberativo el médico responsable verifica que no se cumplen los requisitos que establece la LORE, puede denegar la prestación realizando las actuaciones descritas en el apartado correspondiente a la primera solicitud: Notificación mediante la entrega del **Modelo 13** y entrega del **Modelo 14** por si desea reclamar la ante la CGE). No se llevará a cabo esta fase en caso de solicitud en representación de un paciente incapaz.

Informe del médico consultor

El médico responsable deberá consultar el caso del paciente, tanto capaz como incapaz de hecho, a un médico consultor, que debe tener formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y no pertenecer al mismo equipo del médico responsable. Además, se recomienda que dicho facultativo no haya tenido vinculación previa con el paciente como médico responsable de la asistencia por la enfermedad grave e incurable o el padecimiento crónico e imposibilitante que fundamenta la solicitud de prestación de ayuda para morir. En caso de duda, debe consultar a la Comisión de apoyo LORE de su área sobre quien puede ser el médico consultor.

El médico consultor, en el plazo máximo de cuatro días naturales, (máximo 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud) debe:

- Estudiar la historia clínica y examinar al paciente.
- Redactar un informe (**Modelo 8**) con su valoración respecto a
 - La situación clínica del paciente
 - La capacidad de hecho. Si ya no fuera capaz, comprobará el contenido del DIP, si lo hubiera.
 - Las manifestaciones o exploración del sufrimiento físico o psíquico.
 - Si el proceso de consentimiento informado se ha realizado en las condiciones exigibles.
 - Si se cumple el requisito exigidos por la Ley, de estar en situación de contexto eutanásico por sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que produce al paciente un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable o insoportable sin posibilidad de alivio.
 - Si cumple el resto de requisitos exigidos por la Ley, en cuanto a nacionalidad o residencia y mayoría de edad.

- Que el paciente capaz dispone por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Que ha prestado por escrito su consentimiento informado y que se ha incorporado a la historia clínica de la prestación en caso de paciente capaz.
- El informe se archivará en el repositorio documental del paciente para continuar con el procedimiento.

El médico responsable debe comunicar al paciente las conclusiones del informe del médico consultor en el plazo máximo de veinticuatro horas y:

- Si el informe es favorable: comunicar al Presidente de la CGE, en el plazo máximo de tres días hábiles, la solicitud de prestación de ayuda a morir y el cumplimiento de los requisitos del procedimiento, para que ésta realice la oportuna verificación (**Modelo 9**).
- Si el informe es desfavorable: denegar la prestación (**Modelo 13**) e informar al paciente sobre la posibilidad de reclamar ante la CGE en el plazo máximo de quince días naturales desde la recepción de las conclusiones (**Modelo 14**).

Si a lo largo del proceso de la prestación el paciente falleciera debido a su enfermedad o por complicaciones sobrevenidas, finalizará la prestación y se deberá cumplimentar el **Modelo 11.3** de archivo del procedimiento por fallecimiento, así como comunicar a la Comisión de Garantía y Evaluación la finalización de la prestación por fallecimiento cumplimentando el **Modelo 12.1** y **Modelo 12.2**, en los apartados correspondientes a la fase que llegue la prestación.

Verificación de la Comisión de Garantía y Evaluación CGE CyL

Cuando el Presidente de la CGE reciba la comunicación del médico responsable indicada anteriormente, en el plazo máximo de dos días naturales **DESIGNARÁ A DOS MIEMBROS DE LA MISMA (UN PROFESIONAL MÉDICO Y UN JURISTA)** con el fin de verificar si, a su juicio, se cumplen los requisitos y condiciones establecidas para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir. Para cumplir esta finalidad:

- Debe solicitar a la Secretaría de apoyo a la CEG, el acceso de los dos miembros designados al repositorio documental del paciente, con el fin de verificar la documentación que obre en el mismo.
- Los dos miembros designados pueden entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.
- En el plazo máximo de siete días naturales, **EMITIRÁN UN INFORME** con el siguiente contenido (**Modelo 10**):
 1. Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
 2. Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición de la persona.
 3. Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
 4. Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
 5. Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como

sobre la ausencia de presión externa.

6. En el caso de existir documento de instrucciones previas, una copia del mismo

7. Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

- En los casos en que no haya acuerdo entre los miembros del equipo médico-jurista:
 - Se solicitará el acceso a todos los miembros de la CGE al repositorio documental del paciente.
 - Se elevará la verificación al pleno de la CGE, que decidirá definitivamente en el plazo de veinte días naturales.
- **LA RESOLUCIÓN DEFINITIVA DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DEL PRESIDENTE** para que éste la traslade al médico responsable en el plazo máximo de dos días naturales. Deberá archivarse en el repositorio documental del paciente:
 - Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación.
 - Si la decisión del equipo médico-jurista es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar ante la CGE, sin que puedan participar en la resolución de dicha reclamación los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.
 - Si la decisión la toma el Pleno de la Comisión y es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.
 - Si a los veinte días naturales no se ha dictado resolución, la solicitud se entenderá como denegada, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

En el caso de que el paciente haya interpuesto reclamación ante la CGE debido a la denegación de la prestación, ya sea por el médico responsable en el momento de la primera solicitud o tras recibir el informe del médico consultor, la Comisión podrá resolver favorablemente a la solicitud de prestación de ayuda a morir, en cuyo caso requerirá a la dirección del centro sanitario para que, en el plazo máximo de siete días naturales, facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios (**Modelo 15**).

El médico responsable comunicará al paciente la resolución definitiva de la CGE:

- Si el informe es favorable para que valore la modalidad de la prestación.
- Si el informe es desfavorable para que valore la posibilidad de reclamación.

Decisión de ser donante de órganos tras la realización de la prestación de ayuda para morir

El Médico responsable de la PAM comunicará al responsable de la coordinación de trasplantes (CT) el resultado de la resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación, ya sea una resolución favorable como desfavorable.

Si la resolución es favorable:

- Una persona de la CT se reunirá con el paciente para informar de aspectos específicos del proceso de donación y firmar el consentimiento informado sobre su voluntad de donar en el caso de ratificarse en su deseo de ser donante.
- Se procurará mantener, al menos, una reunión presencial previamente a la firma del consentimiento informado para la donación. La entrevista podrá realizarse en el hospital, en el

domicilio/institución sanitaria o en el centro de salud.

- Una vez firmado el consentimiento para la donación, se consensuará entre paciente, el Médico Responsable, el Equipo Asistencial y el responsable de la CT, el día y la hora del ingreso para realizar la PAM y la donación, teniendo también en cuenta las posibilidades del hospital de organizar la donación.
- Independientemente de los plazos que establece la LORE, el paciente podrá reflexionar y decidir sobre su consentimiento para la donación sin límite de tiempo
- El paciente siempre podrá revocar el consentimiento para la donación, sin perjuicio de recibir la ayuda a morir tal y como la conciba.

Flexibilidad en tiempo y forma para realizar la prestación. Una vez que la dupla de la CGE haya emitido la resolución favorable a la realización de la prestación de eutanasia, el paciente puede disfrutar de un margen de flexibilidad de un máximo de dos meses para recibir la prestación

Aplicación de la prestación de ayuda para morir

Independientemente de la modalidad elegida por el paciente, la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el Anexo II del Manual buenas prácticas en eutanasia del Ministerio de Sanidad se describen las “Recomendaciones sobre los medicamentos a administrar durante la realización de la prestación de ayuda para morir”. Entre ellas, cabe destacar:

- Descripción de las dos modalidades para la prestación de ayuda para morir: administración directa por el profesional sanitario por vía intravenosa y autoadministración por parte del paciente (ya sea por vía oral o por vía intravenosa).
- Medicamentos recomendados en cada una de las modalidades: Dosis, modo y secuencia de administración.
- Recomendaciones para prevenir errores de medicación durante la elaboración y administración de los medicamentos a utilizar.
- Abordaje de complicaciones que puedan surgir durante la administración.

Prescripción de la medicación necesaria para la prestación

Entre los medicamentos necesarios para la prestación de ayuda para morir, se encuentran algunos calificados como de “Uso Hospitalario”. En el ámbito Sacyl, la dispensación de todos los medicamentos necesarios para la aplicación de esta prestación se realizará por los Servicios de Farmacia Hospitalaria del Hospital de referencia del paciente. Para ello, el médico responsable de la prestación debe:

- Ponerse en contacto con el Servicio de Farmacia del hospital de referencia del paciente donde le asesorarán sobre la prescripción, preparación, conservación y administración de la medicación más adecuada, dada la variedad de presentaciones. En el Anexo II, del manual de buenas prácticas del Ministerio de Sanidad, en las Tablas 1 y 2, se incluyen los nombres comerciales y presentaciones en España, financiados en el SNS a fecha de 6/2021.
- Realizar la prescripción de los medicamentos para la prestación de la ayuda para morir en el **Modelo 16.a**, si la modalidad elegida es la administración de medicación intravenosa por el profesional sanitario, o en el **Modelo 16.b** cuando el paciente decida la autoadministración de la medicación, ya sea por vía oral o por vía intravenosa. El corres-

pondiente formulario se cumplimentará recogiendo el teléfono de contacto del facultativo para poder resolver las dudas que puedan surgir. Al formulario se adjuntará la copia de la comunicación de la Comisión de Garantía y Evaluación de la resolución favorable de la prestación.

Preparación y dispensación en la Unidad de Farmacia Hospitalaria

Una vez recibida la prescripción de la medicación en el Servicio de farmacia hospitalaria, se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- El farmacéutico validará el cumplimiento de los procedimientos y medicamentos recomendados por el Ministerio, según la modalidad de prestación de la ayuda para morir elegida por el paciente.
- En caso de precisar aclaración en la prescripción, el farmacéutico contactará con el médico responsable de la prestación y, si fuera necesario modificar la prescripción dará las indicaciones oportunas, y en su caso, se cumplimentará nuevamente el **Modelo 16** que corresponda, quedando registrado el cambio en el repositorio documental del paciente.
- Se acordará con el médico responsable la fecha de preparación y/o elaboración de la medicación, así como la fecha de dispensación.
- Se suministrarán 2 kit de medicación por paciente (kit principal + kit emergencia). El kit de emergencia se utilizará cuando los medicamentos administrados no hubieran sido eficaces. En estos casos, se deberá repetir la administración de la misma secuencia de medicamentos por una vía intravenosa que no se haya utilizado hasta entonces.

Para la preparación de la medicación (KITS), se seguirán las recomendaciones del Manual de Buenas Prácticas:

- Los kits se deben preparar para cada paciente.
- Se identificarán los Kit con un código que permita su trazabilidad:
 - Código Kit principal (Kit 1): KIT1-código identificación del paciente-fecha de elaboración.
 - Código Kit emergencia (Kit 2): KIT2-código identificación del paciente-fecha de elaboración.
- En el Servicio de Farmacia Hospitalaria quedará registrado el Código Nacional, presentación, cantidad, lote y caducidad de los medicamentos dispensados en cada KIT y, en su caso, utilizados para la elaboración de las jeringas precargadas.
- Siempre que sea posible, se deben utilizar viales o ampollas en lugar de jeringas precargadas. Si la dosis de los medicamentos a administrar es un vial o ampolla completo, se preparará la medicación en el momento de la administración para minimizar los problemas de estabilidad. Se recomienda etiquetar las ampollas o viales de cada medicamento indicando el orden de administración.
- Cuando sea necesario, se podrán incluir los medicamentos a administrar en jeringas precargadas y bien etiquetadas. En este caso:
 - a. Será especialmente importante tener en cuenta las condiciones de estabilidad, necesidad de refrigeración, etc.
 - b. Etiquetado claro del medicamento en cuanto al contenido y la dosificación de la jeringuilla.
 - c. Uso de jeringuillas de distinto tamaño para cada medicamento.
 - d. Uso de etiquetas codificadas por colores para cada medicamento indicando el orden de administración. Desechar las jeringuillas sin etiquetar y devolverlas a la farmacia.

Al entregar al médico responsable los kits preparados, el farmacéutico también entregará una copia de la orden de dispensación hospitalaria en la que figuren los códigos de identificación de los kits, así como la relación de medicamentos dispensados (código nacional, presentación, unidades dispensadas, lote y caducidad) y, en su caso, utilizados para la elaboración de las jeringas precargadas. Esta orden de dispensación se adjuntará al repositorio documental junto con el resto de documentación del expediente de la prestación para garantizar el registro de los datos de trazabilidad.

Si la prestación se realiza fuera del hospital, el farmacéutico se coordinará con el médico responsable o profesional del equipo asistencial designado para la recogida de los kits, en el propio servicio de farmacia o la entrega nominal del pedido en el centro de salud. En este caso se utilizarán preferiblemente medios de la Gerencia, identificando en todo momento las personas responsables de la custodia de la medicación.

Quedará registro de la entrega al médico responsable o profesional del equipo asistencial designado a tal fin en el **Modelo 16** de prescripción correspondiente.

Lugar en el que se realizará la prestación

El paciente puede elegir el lugar donde se realizará la prestación, ya sea en el hospital o en su domicilio, o en su caso centro sociosanitario o centro residencial de personas mayores.

Realización de la prestación en el centro hospitalario

Si el paciente solicita la realización de la prestación en un centro hospitalario, es necesario realizar las gestiones oportunas para reservar una cama hospitalaria con las debidas garantías de intimidad para el paciente y su familia, así como de confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal.

En este caso, pueden darse distintas circunstancias en función de si el médico responsable pertenece al ámbito hospitalario o al ámbito de atención primaria, centro sociosanitario o residencia de personas de la tercera edad:

- El médico responsable pertenece al hospital: Se realizará un ingreso programado y se gestionará la solicitud de ingreso en una cama de su Servicio. Si por las circunstancias hospitalarias de dicha unidad no fuera posible, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del hospital valorará la disponibilidad de camas en el servicio del médico consultor o en la unidad más adecuada para realizar la prestación, según la situación clínica del paciente y disponibilidad de camas hospitalarias. Ante cualquier imprevisto o dificultad, se contactará con la Comisión de su área de Apoyo LORE para que realice las actuaciones oportunas para la gestión del ingreso.
- El médico responsable pertenece al ámbito de atención primaria, centro sociosanitario o centro residencial de personas mayores. Se lo comunicará a la Comisión de su área de Apoyo LORE para que gestione el ingreso hospitalario según las pautas siguientes:
 - Si el médico consultor perteneciera al ámbito hospitalario: la Comisión contactará con él para que realice la solicitud de ingreso hospitalario programado, ya sea en su unidad, o si no fuera posible, en la unidad que determine el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
 - Si el médico consultor también pertenece al ámbito atención primaria, centro sociosanitario o centro residencial de personas mayores, la Comisión de área de apoyo LORE solicitará el ingreso hospitalario programado a través del médico del ámbito hospitalario de la Comisión, quien lo comunicará al Servicio de Admisión y Documentación Clínica para gestionar el ingreso del paciente en la unidad más adecuada

para realizar la prestación, según la situación clínica del paciente y disponibilidad de camas hospitalarias. Si esto no fuera posible, el responsable de la Comisión de apoyo LORE se lo comunicará a la Dirección médica del centro hospitalario para que realice las gestiones oportunas para el ingreso hospitalario del paciente.

- Si el paciente ha decidido ser donante de órganos y ha firmado el correspondiente Consentimiento Informado para la donación, el responsable de Coordinación de Trasplantes gestionará la solicitud de ingreso en una cama para tal fin .

Para garantizar la debida confidencialidad en la protección de datos se tendrán en cuenta las siguientes indicaciones:

- En ningún caso, tanto en el motivo y diagnóstico de ingreso, como en el destino ni diagnóstico de alta, se debe hacer referencia a la aplicación de la prestación de ayuda para morir o aplicación de la LORE, únicamente se indicará esta circunstancia en el certificado de defunción.
- El motivo del ingreso hospitalario programado será el diagnóstico principal de la enfermedad de base que sustenta el contexto eutanásico.
- El destino de alta hospitalaria será únicamente Éxitus.
- La Hoja de mortalidad se trasladará al mortuorio en un sobre cerrado.
- Se podrán auditar todos los accesos que se realicen a la historia clínica electrónica de los pacientes ingresados, ya sea durante el ingreso hospitalario como posteriormente, como dicta 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.

Si el paciente estuviera ingresado en el hospital debido a su situación clínica (ya sea con anterioridad o posterioridad a recibir la comunicación de la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación), el médico responsable de la prestación.

- Consultará al paciente su decisión sobre el lugar donde desea recibir la prestación para realizar las oportunas gestiones: Alta y traslado al domicilio habitual o permanencia en el hospital.
- Comunicará al Servicio de Farmacia Hospitalaria correspondiente esta circunstancia.

Realización de la prestación en el domicilio del paciente

Se hará una visita al paciente en su domicilio, o en su caso centro sociosanitario o centro residencial, si fuera posible el día anterior a la realización de la prestación, con el fin de aclarar cualquier duda del paciente y de la familia.

Enfermería debe comprobar que el paciente tiene una vía venosa adecuada y estable, lo más grande posible, como por ejemplo la antecubital:

- Para canalizar la vía se utilizarán catéteres intravenosos de mayor calibre (18G o 20G). Se evitará vías intravenosas de calibre 24 y los kits de agujas de mariposa.
- Si el paciente dispone de una vía central (Port-a-cath, catéter central de acceso periférico...) se puede utilizar dicho acceso venoso. También se debe contar con una segunda vía venosa accesoria.
- Si no es posible disponer de un acceso venoso periférico adecuado, se derivará al hospital para colocar una vía central.

Realización de la prestación

Unos días antes de la realización de la prestación, el médico responsable y el equipo asistencial revisarán el procedimiento a seguir y resolverán las dudas sobre las actuaciones necesarias para realizar de forma correcta la administración de la medicación:

- Revisar el procedimiento recogido en el **Modelo 17** correspondiente a la modalidad de prestación elegida por el paciente:
 - **Modelo 17.a**, si eligió administración de medicación intravenosa por el profesional,
 - **Modelo 17.b** si optó por autoadministración de medicación por vía oral.
 - **Modelo 17.c** si prefirió autoadministración de medicación por vía intravenosa.
- Antes de administrar la medicación, se debe comprobar que ambos catéteres intravenosos estén en la posición correcta dentro del lumen de la vena y se vigilará la integridad de la vena durante todo el proceso.
- Antes de la práctica de la eutanasia, debe explicarse claramente a los presentes que la parada respiratoria puede producirse rápidamente, pero que el corazón también puede seguir latiendo durante algún tiempo prolongando el periodo entre la parada respiratoria y la parada cardíaca, dando lugar a que algunos pacientes se vuelvan cianóticos.

Si se utiliza la modalidad de administración de medicación intravenosa por profesional sanitario:

Los medicamentos deben administrarse con una sucesión rápida:

- Primero se administrará una premedicación intravenosa (Midazolam 5mg-20mg IV) para disminuir el nivel de consciencia previamente a la inducción del coma, la dosis dependerá de la situación clínica del enfermo y de la toma habitual previa de benzodiazepinas
- A continuación, para evitar el dolor que produce el inductor del coma, se recomienda la administración de 40 mg de lidocaína IV, de forma lenta para asegurar una adecuada impregnación de la vía venosa. En caso de alergia a la lidocaína, se puede administrar 1g de sulfato de magnesio (diluido en 10ml con solución salina normal) en administración lenta durante 5 minutos.
- Posteriormente se administra el medicamento inductor del coma, preferiblemente Propofol 1000 mg (IV) en emulsión con triglicéridos de cadena media, mediante inyección lenta, durante 2.5-5 minutos, (no sobrepasar los 5 minutos). En caso de no poder administrar Propofol, se recomienda tiopental 2000 mg (IV) mediante inyección lenta durante 2.5-5 minutos; en este caso se debe lavar el sistema de infusión con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% antes de administrar el bloqueante neuromuscular (para evitar problemas de precipitación). Seguidamente, el facultativo debe asegurarse que el coma se ha inducido correctamente, y si no es así, debe administrar otros 500 mg de Propofol (del kit de emergencia) con el fin de que el paciente no sea consciente de los efectos del bloqueante neuromuscular.
- Tras comprobar que el paciente está en un coma profundo, se administrará de forma rápida (en bolo) el medicamento bloqueante neuromuscular, a elegir entre atracurio 100 mg, cisatracurio 30mg o rocuronio 150mg. El bloqueante neuromuscular se administra siempre, incluso si el paciente ha muerto tras la administración del inductor del coma.
- Por último, tras la administración del bloqueante neuromuscular hay que lavar el sistema con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% para asegurar que se ha administrado toda la medicación.

Características de un coma inducido médicamente

El paciente no responde a los estímulos verbales
El paciente no responde a los estímulos dolorosos
Existe una depresión grave de la función cardiovascular, evidenciada por un pulso lento y débil
Existe una depresión grave de la ventilación, evidenciada por respiración lenta y superficial
El paciente carece de reflejos protectores, como el reflejo corneal

En el caso de que la medicación no hubiera sido eficaz, se debe repetir la administración de la misma secuencia de medicamentos por la otra vía intravenosa que no se haya utilizado hasta entonces. Si se producen reacciones adversas (mioclonías, jadeo, etc.), se puede aumentar las dosis de medicamentos, con el objetivo de mejorar la comodidad del paciente y llevar el proceso a término.

Si aparece una reacción paradójica al midazolam, se prescindirá de la administración de lidocaína y se administrará directamente el Propofol.

La variedad de presentaciones y concentraciones de los medicamentos utilizados hace necesaria una tabla que facilite el cálculo de la dosis. En el Anexo II, del manual de buenas prácticas del Ministerio de Sanidad, en la Tabla 1, se incluyen los nombres comerciales y presentaciones en España financiadas por el SNS a fecha 6/2021. En la última columna se indica el número de unidades (viales o comprimidos) necesarias para conseguir las dosis recomendadas. A continuación se recoge el enlace a la página web de la Agencia Española del Medicamento en las que se pueden consultar las condiciones de uso autorizadas en las fichas técnicas

<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

Si se utiliza la modalidad de autoadministración del paciente de medicación oral

El médico responsable debe confirmar previamente que el paciente:

- Es capaz de tragar un volumen suficiente de líquidos.
- No tiene náuseas, deshidratación y / o problemas gastrointestinales, trastornos del tránsito intestinal o que alteren significativamente la absorción.
- Si ha seguido tratamientos con opioides, dado que estos medicamentos enlentecen el tránsito gastrointestinal y pueden disminuir la absorción, lo que puede aumentar el tiempo hasta la muerte.

Preparación del paciente: paso previo a la ingesta del inductor del coma

- El paciente debe disponer de una vía intravenosa antes de iniciar el proceso por si fuese necesario utilizarla.
- Se recomienda ayuno de 6 horas y tomar una comida ligera, como una infusión con tostadas, aproximadamente 1 hora antes de tomar el medicamento inductor del coma. Esta comida no debe ser abundante ni de digestión difícil ya que ralentizaría la absorción del fármaco y por consiguiente todo el proceso.
- Debe tomar un antiemético, a elegir entre Metoclopramida u Ondansetrón, para minimizar el riesgo de vomitar el medicamento inductor del coma. El Ondansetrón es un antiemético muy eficaz que se recomienda como alternativa a la Metoclopramida. Se puede elegir entre las siguientes pautas:
 - a) Metoclopramida 30 mg tomada 1 hora antes de la administración del medica-

- mento inductor del coma.
- b) Ondansetrón 8-24 mg tomado 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- c) Metoclopramida 20 mg más Ondansetrón 8-24mg 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- Opcionalmente, se puede administrar un ansiolítico en caso de que el paciente lo requiera, 30-45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma. También puede valorarse pautarlos 24-48h antes de la eutanasia para disminuir la ansiedad en los días previos. La dosis de ansiolítico dependerá de la situación clínica del enfermo y de la dosis y de la duración de la ingesta habitual del paciente de benzodiazepinas.

Ingesta del medicamento inductor del coma

- Durante la ingestión del medicamento, el paciente debe adoptar la posición estándar de Fowler, en una posición semisentada de aproximadamente 45-60° con las rodillas extendidas o flexionadas y permanecer sentado durante al menos 20 minutos, incluso si está inconsciente, para optimizar la absorción y prevenir la regurgitación
- Ingerir en 4 minutos una solución oral de Pentobarbital, 15g en 100ml. Esta solución se puede elaborar previamente y es estable durante un mes a temperatura ambiente (25°C). No se debe refrigerar ni congelar. Se debe asegurar la ingesta completa de la dosis. Se permite la toma de líquidos entre tragos siempre que no prolongue la duración de la toma.
- En el caso de que el paciente no pueda sostener el vaso con la solución, será un profesional sanitario del equipo asistencial quien ayude en todo lo necesario durante el proceso.
- Después de consumir todo el medicamento el paciente, si lo desea puede beber medio vaso de agua. El sabor amargo residual del medicamento se puede mitigar tomando medio vaso de una bebida con un sabor diferente como chocolate, o una bebida no carbonatada a temperatura ambiente. Deben evitarse licores o bebidas cremosas y lechosas.
- Si el paciente vomita es aconsejable utilizar la vía intravenosa.
- La medicación también se puede administrar a pacientes portadores de sonda nasogástrica (se debería enjuagar previamente para asegurar que no se bloquee durante la administración de la medicación).
- Tras la ingesta del inductor del coma, el momento de la muerte se producirá en menos de 30 minutos, aunque a veces puede llevar más tiempo (2-3 horas). Es recomendable acordar con el paciente y sus familiares un plazo máximo de 2 horas para el fallecimiento, si en ese plazo no ha fallecido, se debe iniciar el procedimiento de administración de medicamentos por vía intravenosa utilizando el Kit de emergencia.

En el Anexo II del manual de buenas prácticas del Ministerio de Sanidad, en la Tabla 2 se recogen los medicamentos recomendados y las dosis a utilizar en cada uno de los pasos del proceso, así como los nombres comerciales y las presentaciones en España a fecha 6/2021.

Si se utiliza la modalidad de autoadministración del paciente de medicación intravenosa

En este caso la administración de la medicación se hará mediante infusión intravenosa, para que sea el propio paciente quien inicie el proceso abriendo la llave de la vía de entrada del medicamento inductor del coma.

Los medicamentos a utilizar y pauta de administración son los mismos que se recogen en la modalidad de administración intravenosa por profesional sanitario, pero en este caso:

- La dosis de midazolam (premedicación) debe ser la adecuada para producir una sedación consciente y que el paciente pueda abrir la llave. De acuerdo con la ficha técnica

del medicamento esta dosis es de entre 0.5mg y 2.5mg dependiendo de las características del paciente.

- Una vez comprobado que el paciente está en coma profundo, será el profesional sanitario el que administre el medicamento bloqueante neuromuscular.

Independientemente de la modalidad elegida por el paciente:

- Los profesionales sanitarios le acompañarán hasta que se produzca la parada cardio-respiratoria y se certifique la defunción.
- Se debe tener un plan establecido para el caso de que se pierdan los accesos venosos una vez administrados los medicamentos y no se pueda conseguir otro acceso venoso: Llamar al 112 para trasladar al paciente al hospital y mantener la sedación profunda hasta la canalización de nueva vía venosa.
- Se cumplimentará en su totalidad el **Modelo 17** de realización de la prestación, incluido el código del Kit utilizado, para su incorporación a la documentación que debe enviarse a la Comisión de Garantía y Evaluación.
- Finalmente, el médico responsable o algún miembro del equipo asistencial, devolverá al Servicio de Farmacia hospitalaria el kit o los medicamentos sobrantes, así como las jeringuillas sin etiquetar, en su caso. Debe quedar constancia de la recepción de la medicación sobrante por parte de un farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital en el Modelo 16 correspondiente.
- A su vez, el Servicio de Farmacia Hospitalaria entregará al médico responsable la copia del modelo 16 utilizado para la prescripción, cumplimentado en su totalidad para su incorporación al repositorio documental del paciente.

Si el paciente ha decidido ser donante de órganos el proceso tendrá la siguiente variación

El Equipo asistencial de la prestación administrará la medicación del KIT que producen sedación y analgesia. Una vez sedado el Equipo de Trasplantes realizará la preparación para la donación tras el fallecimiento realizando:

- a) Monitorización invasiva de la presión arterial: para identificar el momento en el que se inicia la hipoperfusión significativa de los órganos (presión arterial sistólica es ≤ 60 mmHg) durante el proceso de DAC) y registrar los tiempos de isquemia.
- b) Canalización de vías centrales para perfusión regional normotérmica (PRN), ésta puede hacerse ante o post mortem, siempre en un lugar que garantice la esterilidad (en la habitación o en el quirófano) Si el paciente ha recibido información sobre la canulación ante mortem y ha firmado consentimiento específico, se podrán canalizar accesos vasculares cuando la persona haya recibido la medicación del Kit que produce sedación y analgesia.
- c) Realizar la intubación antes o después del diagnóstico de muerte. Es posible intubar tras el fallecimiento y ventilar manualmente administrando presión positiva y oxígeno para evitar el colapso alveolar. En caso de que sea preciso hacer fibrobroncoscopia y Lavado broncoalveolar, se debe informar a la persona de esta prueba invasiva y recabar consentimiento si se realiza ante mortem.

Una vez que el Equipo de trasplantes ha canalizado las vías se retirará y el Equipo Asistencial de la LORE continuará con el proceso de aplicación de la prestación de ayuda para morir con la administración del medicamento inductor del coma y el bloqueante neuromuscular, conforme al protocolo establecido en el Manual de BB.PP del proceso LORE y esta Guía.

Ninguno de los profesionales que forman parte de la Coordinación de Trasplantes y de los profesionales que intervienen en el proceso de donación podrán participar en la PAM.

El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento (**Modelo 11-1**) en cuyo caso se deberá iniciar el proceso nuevamente si el paciente decide volver a solicitarla. También puede solicitar el aplazamiento de la prestación, si transcurrido el periodo de flexibilidad para realizar la prestación (máximo dos meses desde la resolución favorable de la CGE), el paciente quiere aplazar la realización de la prestación. En este caso debe pedirlo expresamente en el **Modelo 11-2**.

En ambos casos se registrará la decisión del paciente en su repositorio documental de la prestación. En caso de revocación se finaliza la tramitación de la prestación.

Diagnóstico de fallecimiento: El Médico responsable de la PAM certificará el fallecimiento del paciente tras constatar de forma inequívoca la ausencia de circulación y respiración espontáneas, ambas cosas durante un periodo no inferior a 5 minutos. Tras el fallecimiento del paciente, el médico responsable debe certificar el fallecimiento del paciente. El certificado médico de defunción (CMD) deberá expresar:

- Como causa inmediata: “Prestación de ayuda para morir (LORE 3/2021)”
- Como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

Si el paciente es donante de órganos, el equipo de Coordinación de Trasplantes realizarán las actuaciones necesarias para la preservación in situ y obtención de los órganos factibles para la donación.

Finalización de la prestación

En el plazo máximo de cinco días hábiles, el médico responsable archivará en el repositorio documental para CONOCIMIENTO DE LA CGE, los siguientes documentos separados e identificados con un número de registro (Nº de identificación facilitado al abrir el repositorio documental del paciente):

a) El primer documento, referido como «Documento primero»: sellado por el médico responsable, con los siguientes datos (**Modelo 12.1**):

1. Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
2. Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.
3. Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.
4. Nombre completo del representante que figura en el documento de instrucciones previas, si la persona solicitante lo hubiera formalizado. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.

b) El segundo documento, referido como «Documento segundo», deberá recoger los siguientes datos (**Modelo 12.2**):

1. Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
2. Fecha y lugar de la muerte.
3. Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
4. Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
5. Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

6. Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
7. Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
8. Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir. (Adjuntar el **Modelo 17** utilizado)
9. Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

Una vez concluida la tramitación de la prestación, ya sea por denegación en cualquiera de sus fases, por la finalización de la aplicación de la prestación para morir o resolución de las posibles reclamaciones si las hubiera, se procederá a archivar toda la documentación recogida en el repositorio documental del paciente en su Historia Clínica y a desactivar el acceso a dicho repositorio a todos los intervinientes en la prestación de ayuda para morir.



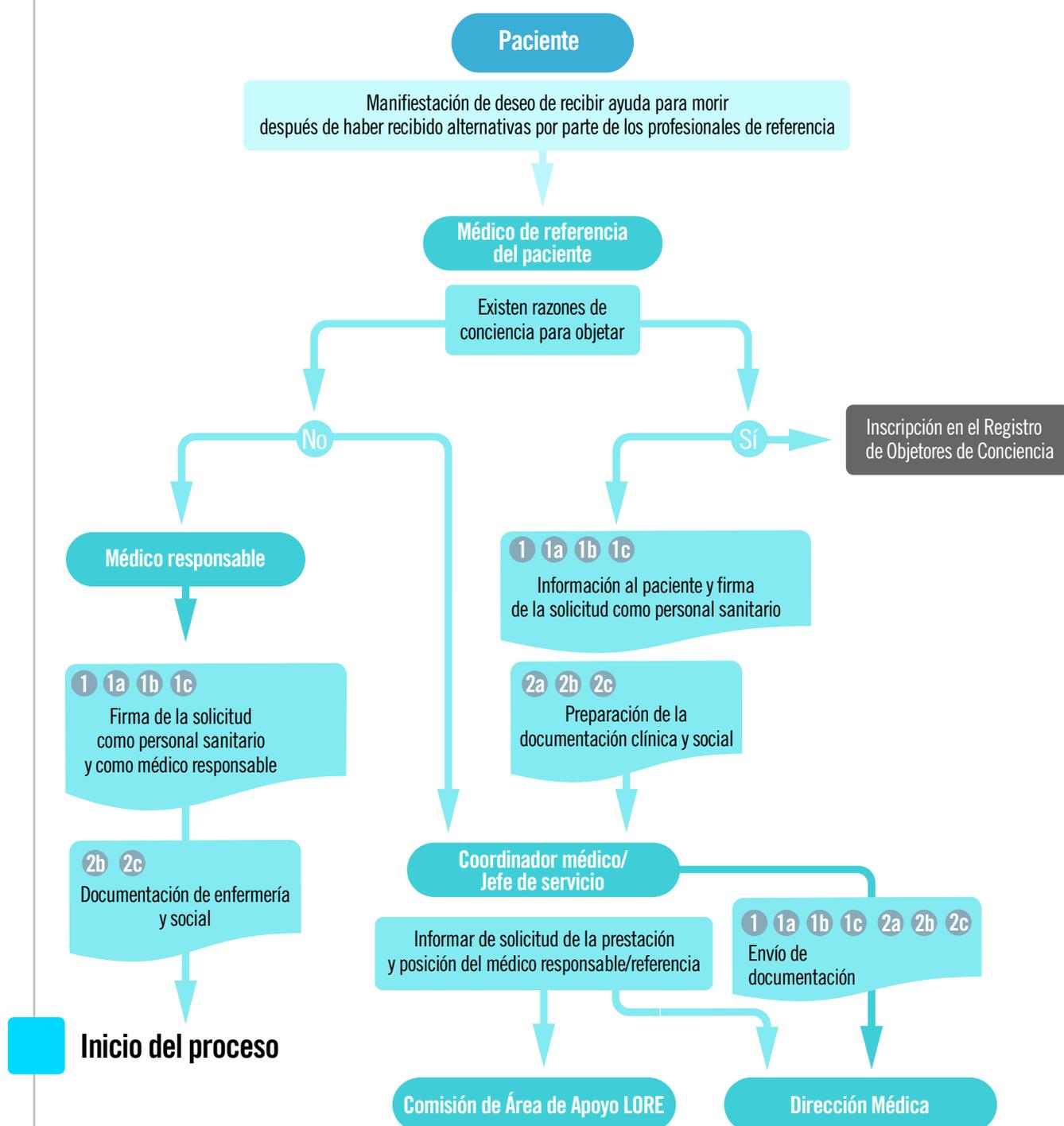
Flujogramas del proceso y subprocessos

Proceso previo

● Acceso a modelos de formularios

0 Manifestaciones del paciente. Información

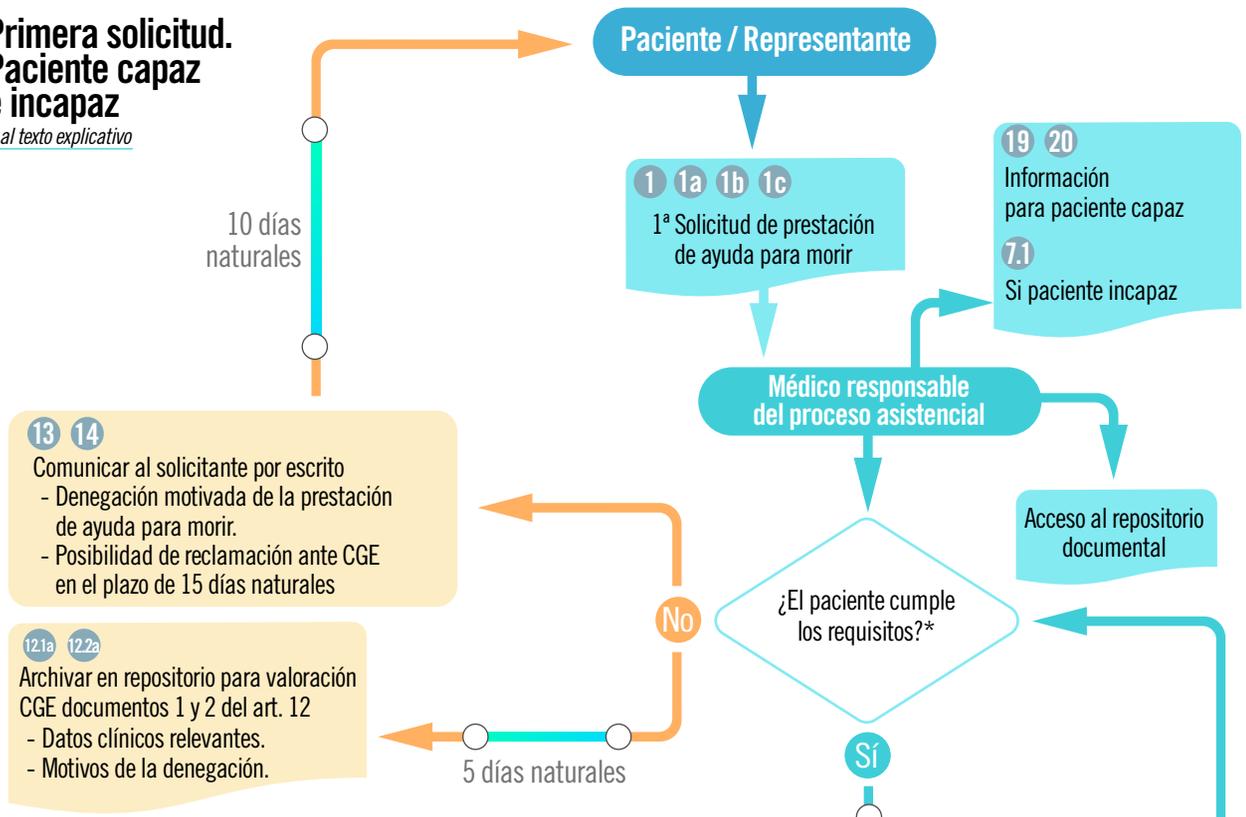
Ir al texto explicativo



1

Primera solicitud. Paciente capaz e incapaz

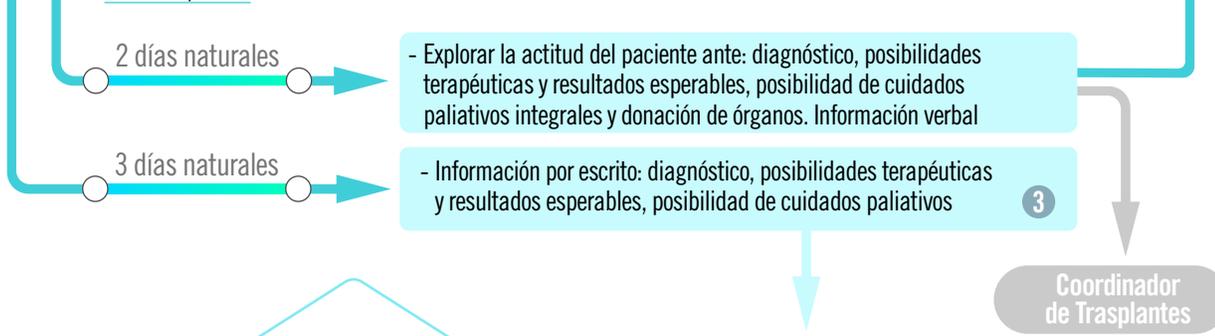
Ir al texto explicativo



1a

Proceso deliberativo entre el médico responsable y paciente capaz

Ir al texto explicativo



¿El paciente desea presentar 2ª solicitud?

11.1 Revocación solicitud

12.1 12.2 Comunicar a CGE

15 días naturales**

2

Segunda solicitud

*Archivar solicitud en repositorio documental del paciente. Verificar que el paciente cumple los requisitos:

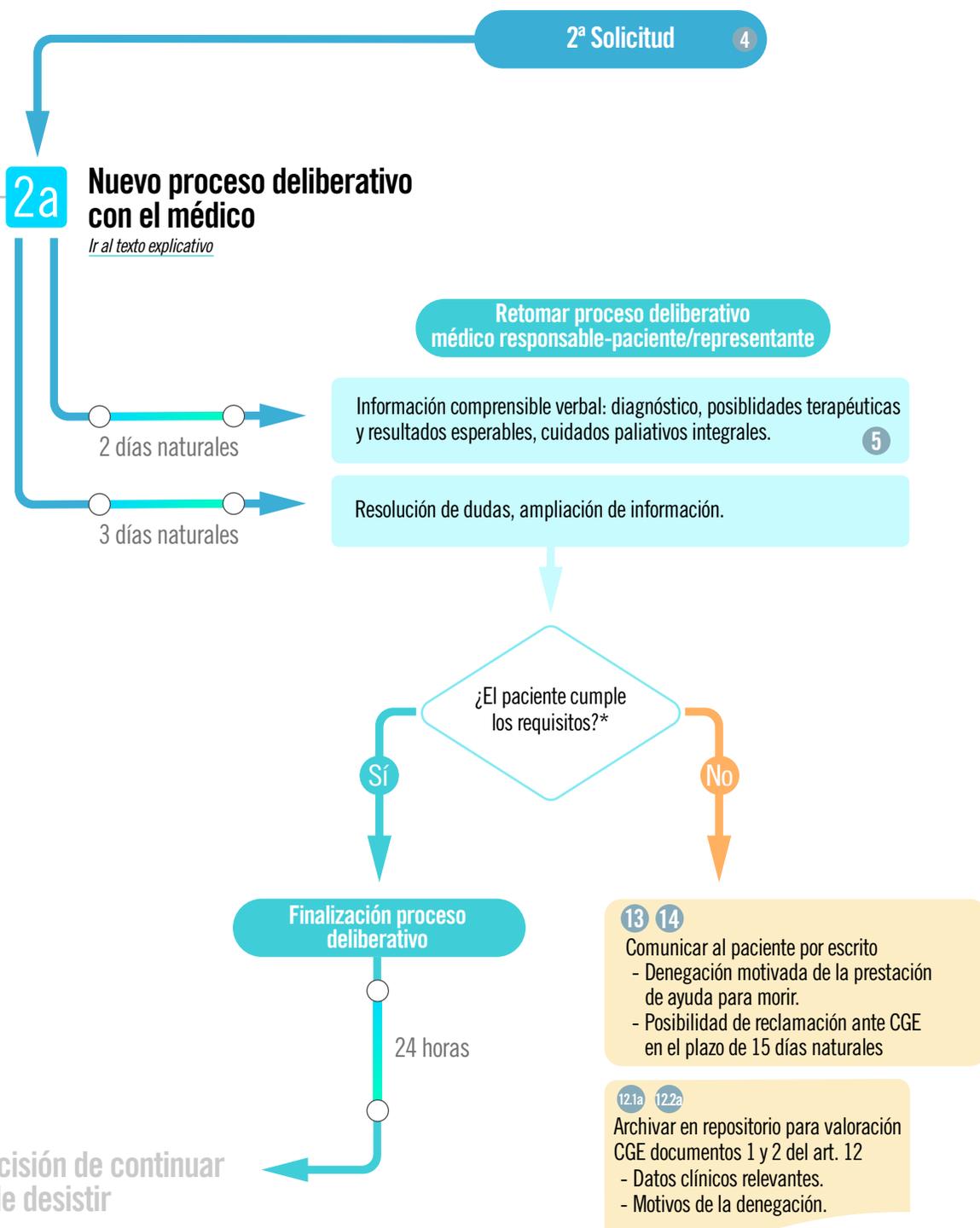
- Nacionalidad española / Residencia legal / Cert. de empadronamiento >12 meses.
- Mayoría de edad.
- Capacidad y nivel de consciencia. Si no es capaz consultar DIP si lo hubiera.
- Solicitud fechada y firmada libremente por paciente / representante en presencia de profesional sanitario que también lo rubricará.
- Informe médico de que sufre enfermedad grave e incurable / padecimiento grave, crónico e incapacitante.
- Información por escrito proceso médico, posibilidades terapéuticas, cuidados paliativos integrales, apoyos por dependencia.
- Manifestación de sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable / insuportable sin posibilidad de alivio.

** El plazo podrá ser inferior si a criterio del médico responsable el solicitante puede perder la capacidad para otorgar el consentimiento de forma inminente

2

Segunda solicitud paciente capaz

Ir al texto explicativo

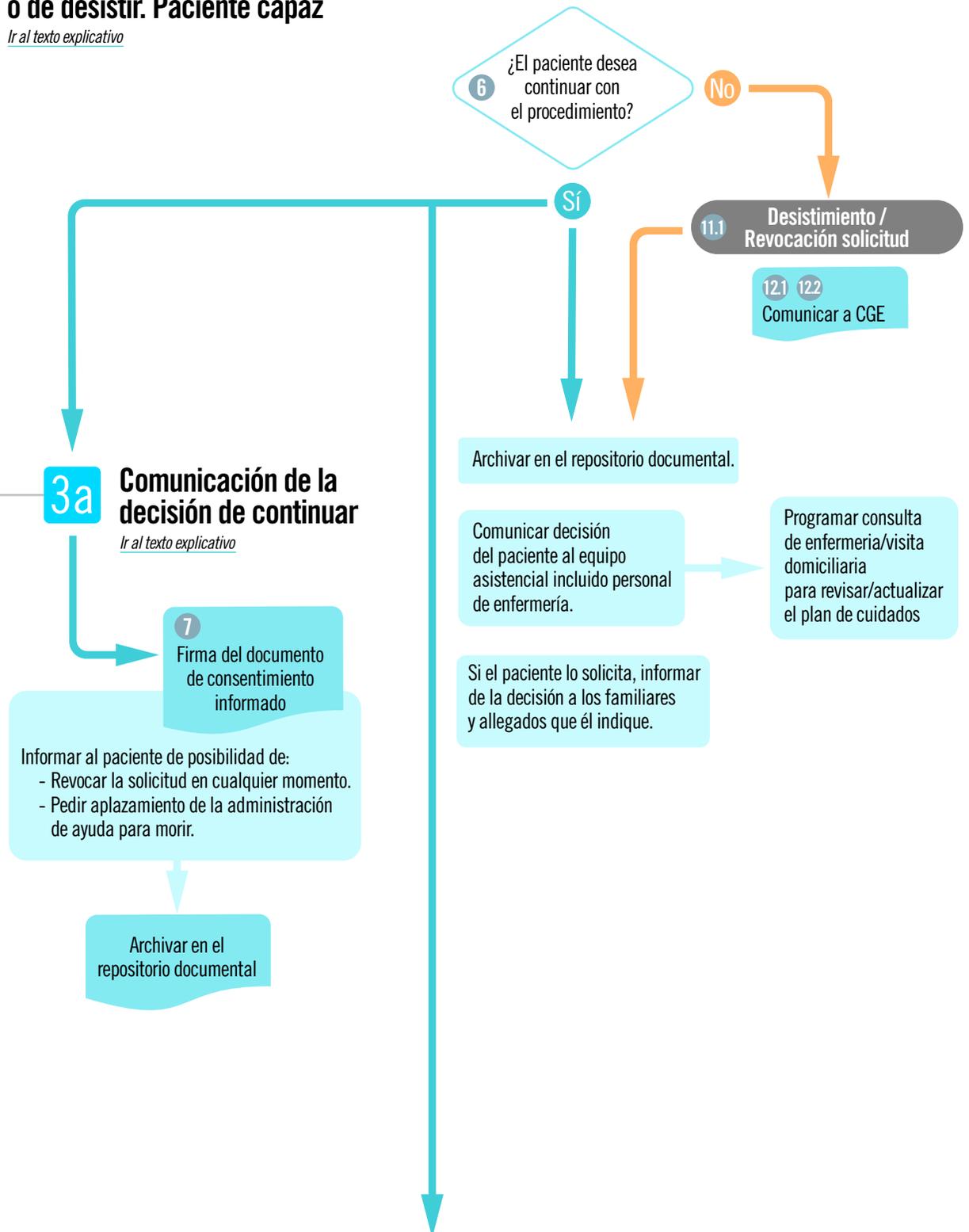


3 Decisión de continuar o de desistir. Paciente capaz

Ir al texto explicativo

3a Comunicación de la decisión de continuar

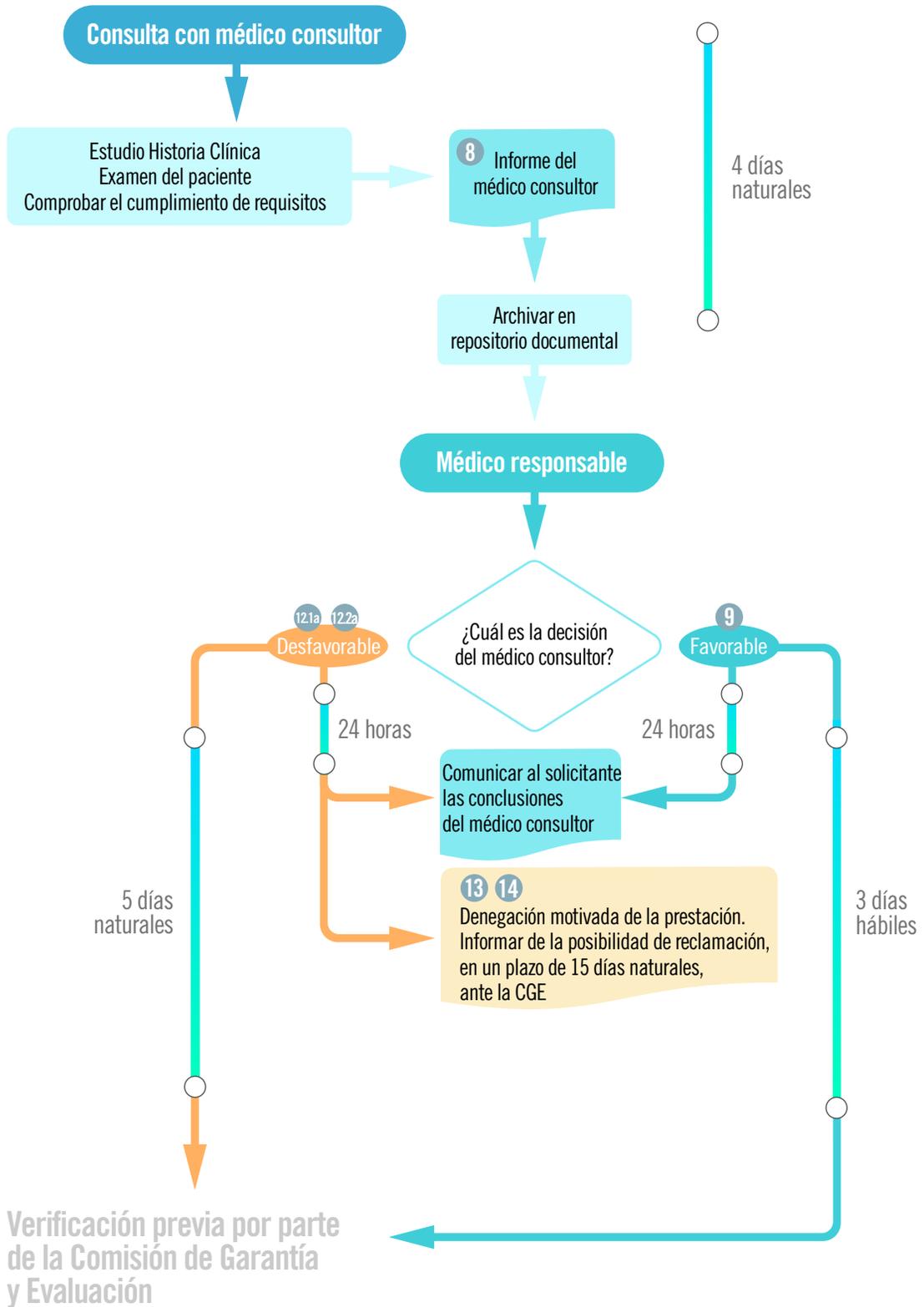
Ir al texto explicativo



3b Valoración por un médico consultor

3b Valoración por un médico consultor. Paciente capaz e incapaz

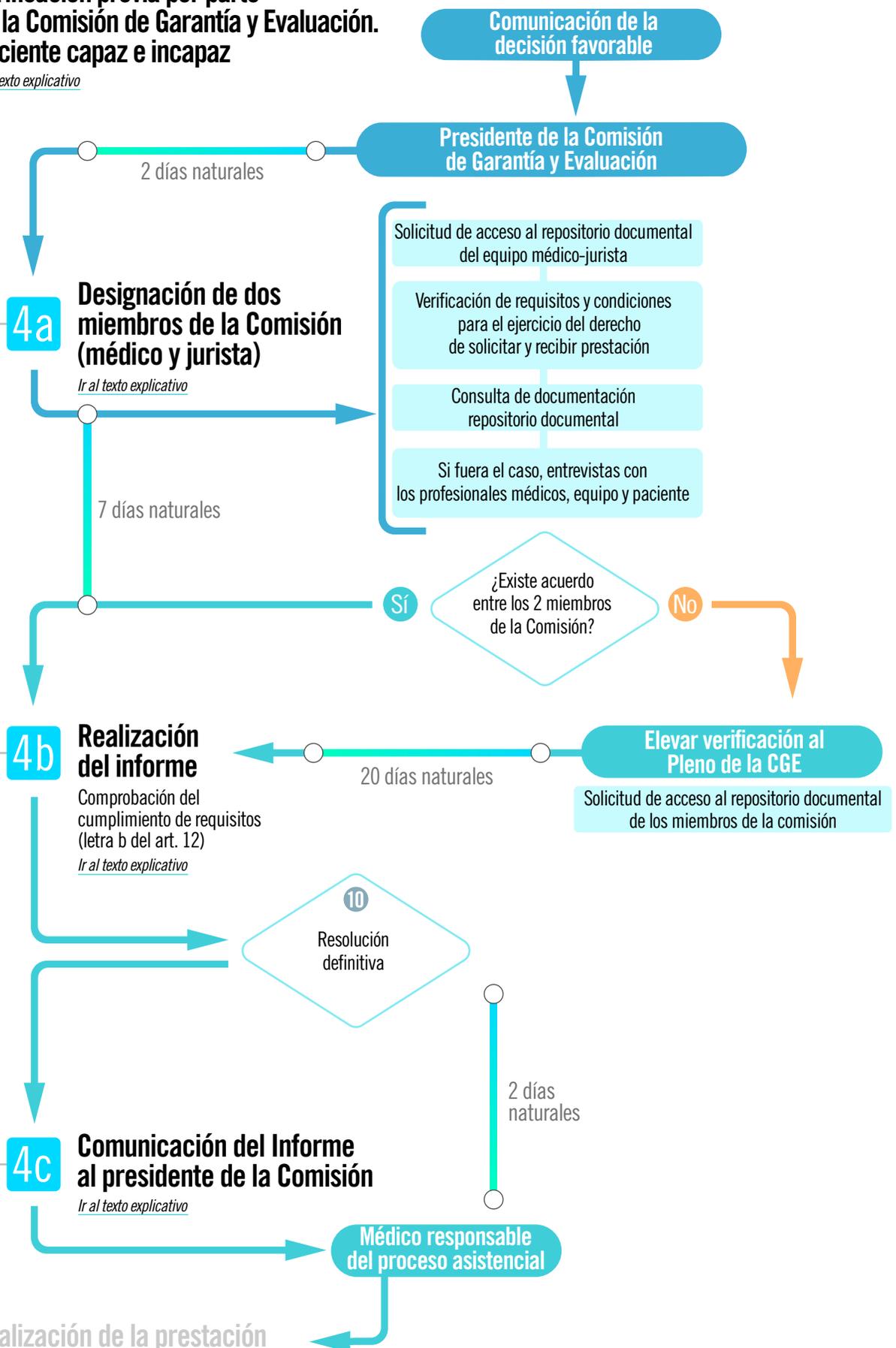
Ir al texto explicativo



4

Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Paciente capaz e incapaz

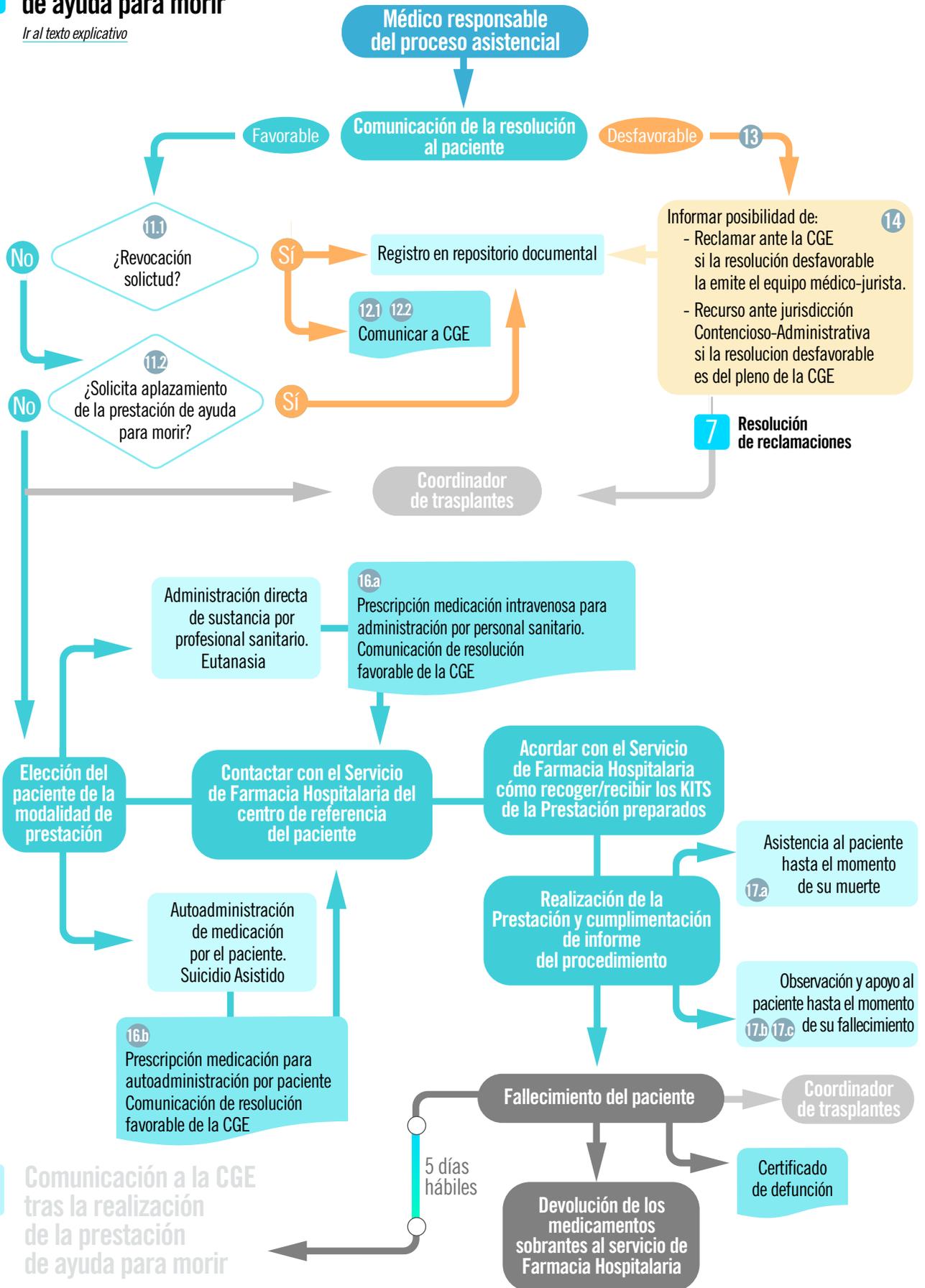
Ir al texto explicativo



5

Realización de la prestación de ayuda para morir

Ir al texto explicativo



6

Comunicación a la CGE tras la realización de la prestación de ayuda para morir

6

Comunicación a la CGE tras la realización de la prestación de ayuda para morir

Ir al texto explicativo

12.1 12.2

Archivar en repositorio documental documentos art. 12:
- Documento 1
- Documento 2

Archivo de la documentación en la H.^a Clínica.
Cierre del repositorio documental del paciente

7

Resolución de reclamaciones

Denegación de prestación por médico responsable

Informe desfavorable del médico consultor

Informe desfavorable del equipo médico-jurista de la CGE

Paciente / Representante

14

Reclamación

15 días naturales

Comisión de Garantía y Evaluación (CGE)

Dirimir en conflictos de interés.
Verificar solicitudes pendientes por desacuerdo entre miembros del equipo médico-jurista

20 días naturales

Más de 20 días naturales

Favorable

Resolución

Desfavorable

Requerimiento a la dirección del centro: realización en 7 días naturales de la prestación por otro médico o equipo externo de profesionales sanitarios

15

Coordinador de trasplantes

Informar al paciente de la posibilidad de recurso ante jurisdicción contencioso-administrativa

18 Anexo 1

Para abrir los formularios: ctrl+botón izquierdo del ratón

Rellenar completamente los documentos que sean necesarios para la prestación y firmarlos (rubrica-nombre y apellidos)

Fecha	Cronograma de las actuaciones del Médico Responsable (MR) de la prestación cuando el paciente es capaz y cumple los requisitos de la LORE
	Coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, como interlocutor principal durante la prestación
	Fase 1
.../.../.....	Recibir la primera solicitud (Modelo 1), en el formato que corresponda según situación del paciente
	Comprobar que la solicitud tiene todos los datos cumplimentados, y que está fechada y firmada por el solicitante (paciente y/o representante) en presencia de personal sanitario
.../.../.....	Entregar al paciente información escrita sobre el tratamiento de datos de carácter personal (Modelo 19) y sobre el procedimiento (Modelo 20). Se subirá al repositorio documental la copia de este modelo firmada por paciente o representante
	Comprobar que el paciente cumple los requisitos que recoge la Ley
.../.../.....	Comunicar al Coordinador del EAP/Jefe de Servicio, la recepción y aceptación de la solicitud para que: <ul style="list-style-type: none"> - Se re programe su actividad asistencial, para adecuar la agenda de trabajo al desarrollo de las tareas a realizar en las fases de la prestación - Solicite a la Comisión de Apoyo LORE de su área y a la Dirección Médica el acceso al repositorio documental de la LORE.
.../.../.....	Escanear y archivar en el sharepoint la documentación que se genere durante la prestación y guardar en la historia clínica del paciente la documentación en papel en un sobre cerrado
.../.../.....	Realizar 1º proceso deliberativo. Revisar la Historia Clínica y los informes elaborados previamente por los profesionales de referencia del paciente en la Fase 0 (Medicina, Trabajo Social y Enfermería) Modelo 2.a , Modelo 2.b y Modelo 2.c . Explorar actitudes y manifestaciones sobre su sufrimiento, situación clínica, alternativas terapéuticas, cuidados paliativos integrales y donación de órganos.
.../.../.....	Nota: en cualquier momento, si el paciente no cumple los requisitos legales para realizar la prestación: Comunicar denegación
.../.../.....	En los siguientes 3 días, entregar al paciente copia del informe del proceso deliberativo (Modelo 3)
	Si el paciente se interesa por la donación de órganos: Contactar con el Coordinador de Trasplantes para que acuerde con el paciente una entrevista informativa
	Dejar al paciente un tiempo de reflexión (al menos 15 días naturales desde 1ª solicitud)
	Fase 2
.../.../.....	Recibir la 2ª solicitud (Modelo 4) pasados 15 días desde la 1ª solicitud. Si existe riesgo inminente de pérdida de la capacidad del paciente para otorgar el consentimiento informado, el plazo entre solicitudes puede ser menor, debidamente justificado.
.../.../.....	A los 2 días siguientes, retomar el proceso deliberativo con el paciente
.../.../.....	En los siguientes 3 días, resolver dudas y/o ampliar información y cumplimentar el informe del 2º proceso deliberativo Modelo 5 . (A los 5 días desde 2ª solicitud)
	Fase 3
.../.../.....	Una vez transcurridas 24 horas, entrevistarse con el paciente y si desea continuar: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicar al equipo asistencial para que enfermería programe consulta o visita para revisión o actualización del Plan de cuidados - Avisar a los allegados que indique el paciente. - Recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado que incluye la decisión de continuar (Modelo 7). Si desea desistir el paciente debe firmar el Modelo 11.1
.../.../.....	Consultar el caso del paciente a un médico consultor, que debe tener formación en las patologías que padece el paciente y no pertenecer al mismo equipo del médico responsable
.../.../.....	El médico consultor dispone de 4 días para estudiar la historia clínica, examinar al paciente y realizar el informe. Modelo 8 (máximo 10 días naturales desde la fecha de la segunda solicitud). El MR tiene que interesarse por el informe si se supera el plazo.
.../.../.....	En 24 horas máximo, comunicar al paciente las conclusiones del informe del médico Consultor

Fecha	Cronograma de las actuaciones del Médico Responsable (MR) de la prestación cuando el paciente es capaz y cumple los requisitos de la LORE
.../.../.....	En 3 días hábiles, comunicar al Presidente de la CGE la solicitud de prestación de ayuda para morir y el cumplimiento de los requisitos del procedimiento (Modelo 9)
	Fase 4
.../.../.....	En los 11 días siguientes, recibir la resolución de la CGE (Modelo 10). El equipo médico-jurista debe hacer este informe en un plazo de 7 días desde su designación (si existen discrepancias entre médico-jurista, la resolución se recibirá en un tiempo superior porque la informa el pleno de la Comisión, en el plazo de 20 días)
	Fase 5
.../.../.....	Comunicar al paciente la resolución de la CGEE y acordar con él la modalidad de prestación, el lugar, fecha, etc. Informar a la familia sobre cómo obtener el documento para el certificado de defunción para cumplimentarlo cuando llegue el momento
.../.../.....	Si el paciente elige ir al hospital para realizar la prestación, gestionar con el hospital de referencia el ingreso hospitalario en una cama disponible para tal fin.
	Si el paciente decidió ser donante de órganos, informar al Coordinador de trasplantes para proceder a la firma del consentimiento informado para la donación y acordar el lugar y fecha de realización de la prestación.
.../.../.....	Realizar la prescripción de los medicamentos (Modelo 16.a y Modelo 16.b) según la modalidad de prestación elegida por el paciente, y solicitar su dispensación al Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de referencia del paciente
.../.../.....	Recoger la medicación del Servicio de Farmacia Hospitalaria o acordar quien la recogerá en su nombre o cómo se hace el envío al centro del médico responsable. Comprobar que este Servicio entrega la copia de la orden de dispensación hospitalaria en la que figuren los códigos de identificación de los kits, así como la relación de medicamentos dispensados
.../.../.....	Revisar con el equipo asistencial el procedimiento a seguir según la modalidad de prestación elegida por el paciente (Modelo 17.a , Modelo 17.b y Modelo 17.c)
.../.../.....	Realizar la prestación siguiendo el procedimiento previsto (Modelo 17) y cumplimentar el informe de dicho procedimiento para adjuntar a la documentación que debe valorar la CGE
	Si el paciente decidió ser donante de órganos, 1º Administrar Medicación para la sedación y analgesia. 2º el Equipo de Trasplantes prepara la canalización de vías centrales e intubación del paciente 3º el Equipo Asistencial LORE prosigue con administración de medicación Inducción del coma y Bloqueante Neuromuscular. 4º Verificar fallecimiento. Traspar al equipo de trasplantes.
.../.../.....	Certificar el fallecimiento en el certificado de defunción que le entregue la familia,
.../.../.....	En 5 días hábiles remitir a la CGE los siguientes documentos Modelo 12.1 y Modelo 12.2

18 Anexo 2

Para abrir los formularios: ctrl+botón izquierdo del ratón

Rellenar completamente los documentos que sean necesarios para la prestación y firmarlos (rubrica-nombre y apellidos)

Fecha	Cronograma de las actuaciones del Médico Responsable (MR) de la prestación en paciente incapaz que solicita LORE por instrucciones previas
	Fase 1
	Coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, como interlocutor principal durante la prestación
.../.../.....	Recibir la primera solicitud (Modelo 1.a) firmada por el representante que conste en el documento de instrucciones previas, o si no existiera o ya no fuera posible ejercer la representación, por otra persona mayor de edad y capaz vinculado al paciente junto con el documento de instrucciones previas. Si no existiera representante o familiar podrá realizar la solicitud su médico de referencia en el Modelo 1.b
	Comprobar que el documento de instrucciones previas está inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. Si no estuviera inscrito comprobar la validez de la formalización (Contenido, fechas firmas de otorgante y testigos, etc.)
	Comprobar que la solicitud tiene todos los datos cumplimentados, y que está fechada y firmada por el representante en presencia de personal sanitario
.../.../.....	Entregar al representante o a la persona que ejerza la representación información escrita sobre el tratamiento de datos de carácter personal (Modelo 19) y sobre el procedimiento descrito en el consentimiento informado (Modelo 7.1)
	Comprobar que el paciente cumple los requisitos que recoge la Ley
	Comunicar al Coordinador del EAP/Jefe de Servicio, la recepción y aceptación de la solicitud para que: <ul style="list-style-type: none"> - Se re programe su actividad asistencial, para adecuar la agenda de trabajo al desarrollo de las tareas a realizar en las fases de la prestación - Solicite a la Comisión de Apoyo LORE de su área el acceso al repositorio documental de la LORE.
	Escanear y archivar en el SharePoint la documentación que se genere durante la prestación y guardar en la historia clínica del paciente la documentación en papel en un sobre cerrado
.../.../.....	Revisar la Historia Clínica y los informes elaborados previamente por los profesionales de referencia del paciente en la Fase 0 (Medicina, Trabajo Social y Enfermería) Modelo 2.a, Modelo 2.b y Modelo 2.c
.../.../.....	Valorar al paciente y confirmar su situación de incapacidad de hecho. Se pueden utilizar las herramientas de apoyo que figuran en el (Anexo IV) del Manual de Buenas Prácticas en la Prestación de eutanasia del Ministerio de Sanidad). Valoración de la capacidad
.../.../.....	Si el paciente es incapaz de hecho, certificar que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades que no puede presentar por sí mismo las solicitudes y que cumple los requisitos previstos en la LORE y ha suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas (Modelo 18)
	Si en el documento de instrucciones previas consta el deseo del paciente de ser donante de órganos, ponerse en contacto con la persona responsable de la Coordinación de Trasplantes de su hospital de referencia para informar de la solicitud y programar la entrevista con el representante para informar del proceso de donación
	Fase 2 En caso de paciente incapaz No existe 2ª solicitud ni proceso deliberativo La persona que ejerza la representación firmará el documento de Información relativo al consentimiento informado (Modelo 7.1)

Fecha	Cronograma de las actuaciones del Médico Responsable (MR) de la prestación en paciente incapaz que solicita LORE por instrucciones previas
	Fase 3
.../.../.....	Consultar el caso del paciente a un médico consultor, que debe tener formación en las patologías que padece el paciente y no pertenecer al mismo equipo del médico responsable
.../.../.....	El médico consultor dispone de 4 días para estudiar la historia clínica, examinar al paciente y realizar el informe. Modelo 8 (máximo 10 días naturales desde la fecha de la solicitud). El MR tiene que interesarse por el informe si se supera el plazo.
.../.../.....	En 24 horas máximo, comunicar a la persona que ejerza la representación las conclusiones del informe del médico Consultor
.../.../.....	En 3 días hábiles, comunicar al Presidente de la CGE la solicitud de prestación de ayuda para morir y el cumplimiento de los requisitos del procedimiento (Modelo 9)
	Fase 4
	En los 11 días siguientes, recibir la resolución de la CGE (Modelo 10). El equipo médico-jurista debe hacer este informe en un plazo de 7 días desde su designación (si existen discrepancias entre médico-jurista, la resolución se recibirá en un tiempo superior porque la informa el pleno de la Comisión, en el plazo de 20 días)
	Fase 5
.../.../.....	Comunicar a la persona que ejerza la representación la resolución de la CGEE Comunicar al responsable de Coordinación de Trasplantes la resolución de la CGE Acordar conjuntamente (Médico responsable, Equipo asistencial, Coordinador de trasplantes y representante el lugar y fecha de realización de la prestación Informar al representante sobre cómo obtener el documento para el certificado de defunción para cumplimentarlo cuando llegue el momento
.../.../.....	Si el paciente indicó su deseo de ser donante, gestionar junto con el Coordinador de trasplantes el ingreso hospitalario en el hospital de referencia en una cama disponible para tal fin.
.../.../.....	Realizar la prescripción de los medicamentos (Modelo 16.a y Modelo 16.b) según la modalidad de prestación elegida por el paciente, y solicitar su dispensación al Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital de referencia del paciente
.../.../.....	Recoger la medicación del Servicio de Farmacia Hospitalaria o acordar quien la recogerá en su nombre o cómo se hace el envío al centro del médico responsable. Comprobar que este Servicio entrega la copia de la orden de dispensación hospitalaria en la que figuren los códigos de identificación de los kits, así como la relación de medicamentos dispensados
.../.../.....	Revisar con el equipo asistencial el procedimiento a seguir según la modalidad de prestación elegida por el paciente (Modelo 17.a)
.../.../.....	Realizar la prestación siguiendo el procedimiento previsto (Modelo 17) y cumplimentar el informe de dicho procedimiento para adjuntar a la documentación que debe valorar la CGE
	Si el paciente es donante de órganos: Realizar sedación y analgesia, permitir la canalización de vías al Equipo de trasplantes y finalizar prestación administrando Inductor del coma y Relajante Neuromuscular. Una vez fallecido, traspasar al paciente al equipo de trasplantes
.../.../.....	Certificar el fallecimiento en el certificado que le entregue la familia
.../.../.....	En 5 días hábiles remitir a la CGE los siguientes documentos Modelo 12.1 y Modelo 12.2

Anexo 3

Fecha	Cronograma de las actuaciones del Servicio de Farmacia Hospitalaria ante una solicitud de prestación de ayuda para morir
.../.../.....	El médico responsable de la prestación o un miembro de la Comisión de Área de Apoyo LORE contactará con el Servicio de Farmacia Hospitalaria para realizar la prescripción de la medicación.
.../.../.....	Asesorar al médico responsable sobre los medicamentos recomendados según la modalidad elegida por el paciente, su disponibilidad y abordaje de complicaciones que puedan surgir durante la administración
	Ayudar a cumplimentar la prescripción según modalidad elegida por el paciente Modelo 16.a o Modelo 16.b
.../.../.....	Al recibir la prescripción, requerir al médico la copia de la comunicación de la Comisión de Garantía y Evaluación de la resolución favorable de la prestación
	Acordar con el médico responsable la fecha de preparación y/o elaboración de la medicación, así como la fecha de dispensación
.../.../.....	Validar la prescripción
.../.../.....	<p>Preparar-elaborar la medicación: 2Kits por paciente (kit principal + kit emergencia)</p> <p>Identificar cada Kit con código que permita su trazabilidad KIT1-código identificación del paciente-fecha de elaboración KIT2-código identificación del paciente-fecha de elaboración</p> <p>Registro del Código Nacional, presentación, cantidad, lote y caducidad de los medicamentos dispensados en cada KIT</p> <p>Etiquetado de los medicamentos administrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viales o ampollas: Etiquetas con el orden de administración (1, 2, 3 Y 4) • Jeringas precargadas (*): <ul style="list-style-type: none"> - Jeringas de distinto tamaño para cada medicamento - Jeringas etiquetadas con código de colores y secuencia de administración, indicando contenido y dosis de cada una - Condiciones para mantener estabilidad, refrigeración etc. <p>(*) El médico devolverá al Servicio de Farmacia las jeringas que estén sin etiquetar</p>
.../.../.....	<p>Dispensación de la medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de los 2 Kits al médico responsable o a la persona en quien haya delegado. • El receptor debe firmar el Modelo 16 de prescripción que corresponda cuando recoja la medicación • Entregar con los Kits una copia de la ORDEN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA en la que figuren los códigos de identificación de los kits, así como la relación de medicamentos (código nacional, presentación, unidades dispensadas, lote y caducidad)
.../.../.....	<p>Recepción de los medicamentos sobrantes tras la realización de la prestación</p> <p>Entregar al médico responsable de la prestación la copia totalmente cumplimentada y firmada del Modelo 16 de prescripción, para su incorporación al repositorio documental</p>