

Nº Expediente:

MODELO 16.a

**PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR
MODALIDAD 1- ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA POR PROFESIONAL SANITARIO**

Datos del paciente	
Nombre y apellidos	Código CIPA: NHC:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Datos del médico prescriptor	
Nombre y apellidos	Fecha
Nº de colegiado	Firma
Centro/Servicio	
Teléfono de contacto	
Fecha prevista para la realización de la prestación	

Dispensar los medicamentos que componen el KIT de ayuda para morir en la modalidad elegida por el paciente: Administración directa al paciente por parte del profesional sanitario.

Se adjunta la comunicación de la Comisión de Garantía y Evaluación de resolución favorable a la solicitud de prestación

Medicación para administrar por profesional sanitario por vía intravenosa					
Orden de admón.	Objetivo	Principio activo	Dosis (mg)	Observaciones	
				Kit 1	Kit 2 emergencia
1	Ansiolítico	<input type="checkbox"/> Midazolam (*)			
2	Anestésico Local	<input type="checkbox"/> Lidocaína <input type="checkbox"/> Sulfato Magnesio (**)			
3	Inductor del coma	<input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Tiopental (***)			
4	Relajante muscular	<input type="checkbox"/> Atracurio <input type="checkbox"/> Cisatracurio <input type="checkbox"/> Rocuronio			

(*) Dosis entre 5 y 20 mg dependiendo de la situación del enfermo y toma habitual previa de benzodiazepinas;

(**) Medicación alternativa si alergia a Lidocaína;

(***) Medicación alternativa, en caso de no poder administrar Propofol

Medicación adicional			
Principio activo	Volumen	Presentación	Cantidad solicitada
Suero fisiológico 0.9%			

Firmas de los Profesionales

Farmacéutico que VALIDA la prescripción y PREPARA - ELABORA la medicación	
Nombre y Apellidos:	Fecha preparación:
Centro:	Firma:
Farmacéutico que DISPENSA la medicación <i>Adjuntar 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) dispensados y, en su caso, utilizados para la elaboración de las jeringas precargadas</i>	
Nombre y Apellidos:	Fecha dispensación:
Centro:	Firma:
RECEPTOR de la medicación (médico responsable o profesional del equipo asistencial designado)	
Nombre y Apellidos:	Fecha:
Centro:	Firma:

Los medicamentos sobrantes serán devueltos al Servicio de Farmacia Hospitalaria

Medicación Intravenosa sobrante					
Orden de admón.	Principio activo	Dosis (mg)	Kit 2 emergencia		Farmacéutico RECEPTOR de la medicación SOBRENTE
			Fecha Devolución	Firma Médico	Nombre y Apellidos:
1	<input type="checkbox"/> Midazolam				Centro:
2	<input type="checkbox"/> Lidocaína <input type="checkbox"/> Sulfato Magnesio				
3	<input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Tiopental				Fecha:
4	<input type="checkbox"/> Atracurio <input type="checkbox"/> Cisatracurio <input type="checkbox"/> Rocuronio				Firma:

Observaciones

Al realizar la devolución de la medicación sobrante, entregar copia de esta prescripción al médico responsable de la prestación para su incorporación al procedimiento correspondiente