

Nº Expediente:

MODELO 16.b

**PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR  
MODALIDAD 2- AUTOADMINISTRACIÓN POR EL PACIENTE**

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: Prescripción de medicación para que se la pueda auto administrar el paciente para causar su propia muerte

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

Medicación para autoadministración por el paciente por vía Oral			
Kit principal (Vía oral)			
Fármaco	Dosis (mg)	Observaciones	
<input type="checkbox"/> Solución oral de pentobarbital 15% 100ml (150mg/ml)		La preparación debe permanecer a temperatura ambiente (25º) y protegido de la luz No refrigerar ni congelar	
Kit emergencia (intravenoso)			
En caso de Autoadministración por infusión IV se preparan 2 kits intravenosos iguales			
Orden de admón.	Principio activo	Dosis (mg)	Observaciones
1	<input type="checkbox"/> Midazolam (*)		
2	<input type="checkbox"/> Lidocaína <input type="checkbox"/> Sulfato Magnesio (**)		
3	<input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Tiopental (***)		
4	<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

<b>Medicación adicional</b>					
<b>Principio activo</b>		<b>Volumen</b>		<b>Presentación</b>	<b>Cantidad solicitada</b>
Suero fisiológico 0.9%					
<b>Principio activo</b>	<b>Dosis</b>	<b>Pauta posológica</b>	<b>Presentación</b>	<b>Cantidad solicitada</b>	
Metoclopramida (oral)					
Ondansetrón (oral)					

**Firmas de los Profesionales**

**Preparación, entrega y devolución de la medicación para autoadministración por vía oral por el paciente**

Farmacéutico que VALIDA la prescripción y PREPARA - ELABORA la medicación	
Nombre y Apellidos: Centro:	Fecha: 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: Centro:	Fecha: Firma:
RECEPTOR de la medicación (médico responsable o profesional del equipo asistencial designado)	
Nombre y Apellidos: Centro:	Fecha: Firma:

**Los medicamentos sobrantes serán devueltos al Servicio de Farmacia Hospitalaria**

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

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**