

Nº Expediente:

MODELO 17.b

PROCEDIMIENTO DE AUTOADMINISTRACIÓN POR PACIENTE DE MEDICACIÓN POR VÍA ORAL
(Anexo del MODELO 12.2, punto 8º)

Art. 12.b de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo)

Datos del paciente (<i>Documento anonimizado, no indicar datos de identificación del paciente</i>)		
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso:
Datos médico responsable		Datos enfermero/a equipo asistencial
Nombre y Apellidos:		Nombre y Apellidos:
Nº de colegiado:		Nº de colegiado:
Centro/Servicio:		Centro/Servicio:
Fecha de realización de la prestación:		
Lugar de realización		
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> C. Sociosanitario <input type="checkbox"/> Residencia personas mayores		

<input type="checkbox"/> Revisión previa del procedimiento por médico responsable y equipo asistencial	Fecha:
--	--------

Comprobación del material necesario
<input type="checkbox"/> Compresor; solución hidroalcohólica; guantes no estériles <input type="checkbox"/> 2 Catéteres periféricos de seguridad (Calibre 18G y/o 20G) o 1 Aguja Gripper Plus si el paciente tiene colocado reservorio <input type="checkbox"/> 2 llaves de 3 vías; 2 tapones obturadores; (si procede alargaderas cortas) <input type="checkbox"/> 2 paquetes de gasas; 2 apósitos de fijación externa; <input type="checkbox"/> 5 jeringas de 10ml para suero fisiológico o (precargadas y, en su caso, 5 ampollas de suero fisiológico) o Sistema de perfusión (Si procede) <input type="checkbox"/> Otros (si procede):

Canalización de vía venosa		
<input type="checkbox"/> Comprobación de permeabilidad de Vía venosa	Periférica	Venosa central
	Vena:	Fecha punción:
	Fecha punción:	Fecha punción:
Catéter Utilizado		
Incidencias/ Observaciones		

Comprobación de condiciones previas a la ingesta de medicamento inductor del coma	Incidencias
El paciente puede ingerir bien, sin vómitos, nauseas ni problemas gastrointestinales, o tratamientos con opioides (En su caso, permeabilidad de Sonda Nasogástrica)	
Hora de Ingesta de comida ligera:	
Posición de Fowler del paciente durante 20 minutos:	
Antiemético utilizado: Hora de ingesta:	
Ansiolítico utilizado (<i>Si procede</i>): Hora de ingesta:	



Ingesta de medicamento inductor del coma (máximo 4 minutos)	Incidencias
Código de KIT: Solución oral de pentobarbital 15g en 100ml Hora de inicio ingesta: Hora de fin de ingesta:	
Tipo de alimento o bebida acompañante en la ingesta	
<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de coma profundo Hora:	
<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de muerte Hora Éxitus:	
Tiempo total desde el inicio hasta la hora de éxitus	

Si el paciente no ha fallecido en 2 horas, iniciar procedimiento de administración de medicación por vía intravenosa (kit de emergencia)

Kit de emergencia					
Código Kit de Emergencia			Utilización <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (En caso afirmativo cumplimentar este apartado)		
Motivo de utilización					
Orden	Medicamento	Dosis	Tiempo Admón.	Efecto	Incidencias
1	<input type="checkbox"/> Midazolam		30 sg	Sedación	
	Suero fisiológico			Lavado	
2	<input type="checkbox"/> Lidocaína		30 sg.	Analgesia	
	Suero fisiológico			Lavado	
3	<input type="checkbox"/> Propofol		Lenta 2,5-5 min.	<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de coma profundo	
	<input type="checkbox"/> Tiopental (Alt)			Hora:	
	Suero fisiológico			Lavado	
4	<input type="checkbox"/> Atracurio		Rápida 30 sg	<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de muerte	
	<input type="checkbox"/> Cisatracurio			Hora Éxitus:	
	<input type="checkbox"/> Rocuronio			Hora Éxitus:	
	Suero fisiológico			Lavado	
Medicación sobrante					

Problemas inesperados durante el procedimiento	
Problema	Cómo se resolvió

Observaciones al procedimiento

Firmas de los Profesionales

Médico responsable	Enfermero/a equipo asistencial