



Nº expediente

MODELO 5

INFORMACIÓN 2º PROCESO DELIBERATIVO

(Retomar el proceso deliberativo en un plazo de **2 días naturales** después de recibir la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir y, como máximo, en los 3 días siguientes realizar el informe del proceso deliberativo)

Yo, _____, colegiado nº _____
Médico Responsable del paciente _____ con
DNI nº _____, mayor de edad y domicilio en (localidad) _____
C/ _____ código postal _____

Tras recibir y valorar la segunda solicitud (Modelo 4) de prestación de ayuda a morir por parte del paciente arriba indicado en fecha _____

CERTIFICO

Que he llevado a cabo, juntamente con él, un segundo proceso deliberativo del que se resume lo siguiente: se han resuelto dudas o necesidades de ampliación de información respecto a:

- Diagnóstico
- Posibilidades terapéuticas y resultados esperables
- Posibles cuidados paliativos

Conclusiones más destacables de dicho proceso deliberativo:

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo.: MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRESTACIÓN