

Nº Expediente:

MODELO 10

INFORME/RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

Médico/a de la Comisión de Garantía y Evaluación.....

Colegiado nº.....

Jurista de la Comisión de Garantía y Evaluación.....

Colegiado nº.....

Nombre y apellidos del Solicitante Prestación ayuda para morir

..... DNI nº

Sexo.....Edad

ANTECEDENTES

- Presentada **1ª Solicitud** con fecha.....
- Presentada **2ª Solicitud** con fecha.....
- Documento previo de **Instrucciones Previas** o similar con fecha
- Realizado **proceso deliberativo** con fecha
- Manifestada la **decisión del paciente** de:
 - Continuar (fecha)
 - Desistir (fecha)
- Firmado **consentimiento informado** con fecha
- Informe **médico/a consultor/a** con fecha
- Favorable**
- Desfavorable**
- Comunicado al paciente solicitante las conclusiones del informe del médico/a consultor/a con fecha

- Descripción de la **patología padecida** (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e incapacitante):

- **Naturaleza de sufrimiento** *continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.*

- **Información sobre la voluntariedad**, *reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.*

- **Capacitación de los/las médicos/as consultores/as y fechas de las consultas.**

RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN

- Favorable**
- Desfavorable**

En, a de de 20....

FIRMA MÉDICO/A

FIRMA JURISTA