



Nº Expediente:

MODELO 16.a

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

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

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**

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

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

<b>Medicación Intravenosa sobrante</b>					
Orden de admón.	Principio activo	Dosis (mg)	Kit 2 emergencia		<b>Farmacéutico RECEPTOR de la medicación SOBRANTE</b> Nombre y Apellidos:  Centro:  Fecha:  Firma:
			Fecha Devolución	Firma Médico	
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				

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**