**MODELO E2**

MODELO E2

**OFICIO DE REMISIÓN DE DOCUMENTOS ORIGINALES A LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

**DATOS DEL MÉDICO QUE REMITE LOS DOCUMENTOS**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con DNI/NIE/PASAPORTE nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto de trabajo y centro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSABLE

MÉDICO CONSULTOR

**DATOS DEL PACIENTE**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE/PASAPORTE Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunto remito los siguientes documentos originales relacionados con la prestación de ayuda para morir correspondiente al paciente arriba indicado:

**Marcar o añadir los que procedan**

M13 MODELO CONCLUSIONES MEDICO CONSULTOR

M1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M2.1 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM PRESENTADO POR MÉDICO DEL PACIENTE

M2.2 MODELO PRIMERA SOLICITUD PAPM PRESENTADO POR OTRA PERSONA

M3 MODELO DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

M4 MODELO INFORME SOBRE PROCESO MÉDICO, ALTERNATIVAS, C. PALIATIVOS Y DEPENDENCIA

M5.1 MODELO REVOCACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M5.2 MODELO APLAZAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M6 MODELO DESISTIR DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M7 MODELO DENEGACIÓN POR MÉDICO RESPONSABLE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

M8.1 MODELO DOCUMENTO PRIMERO COMUNICACIÓN A LA CGE

M8.2 MODELO DOCUMENTO SEGUNDO COMUNICACIÓN A LA CGE

M10 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 1 M RESPONSABLE

M11 MODELO CERTIFICADO PROCESO DELIBERATIVO 2 M RESPONSABLE

M12 MODELO FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

M14 MODELO COMUNICACIÓN MEDICA A LA CGE

E1 MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE: INICIO DE FUNCIONES DE MÉDICO RESPONSABLE

E3 MODELO SOLICITUD DE CONTINUACIÓN CON LA SOLIICTUD DE PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

E9 MODELO FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR VÍA INTRAVENOSA

E10 MODELO FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR POR AUTOADMINISTRACIÓN POR VÍA ORAL

E22 MODELO SEGUNDA SOLICITUD PARA RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Otros:

Otros:

Otros:

Asimismo, autorizo a la Secretaria de la Comisión de Garantía y Evaluación D/Dª……………………………………………………………………………… con DNI:………………………… a presentar en el registro de la Consejería de Salud, este oficio junto con la documentación que acompaña.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

FIRMADO, El/la médico/a

OFICIO DIRIGIDO A:

**SECRETARIA DE LA COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN**

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SALUD DIGITAL. CONSEJERÍA DE SALUD.**

C/ Federico Vial, 13, 2ª Planta 39009 Santander, Cantabria.