

DECLARACIÓ RESPONSABLE SOBRE INFORMACIÓ DEL PROCÉS DELIBERATIU

Nom i cognoms del/la **metge/ssa responsable**: _____

Centre de treball: _____

Número de col·legiat/da: _____

DECLARO

Que el/la **pacient** _____ DNI nº _____ compleix els requisits per rebre la PRAM, establerts a l'article 5.1.a), c) y d) de la *Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'Eutanàsia*, **per sol·licitar la prestació d'ajuda per morir**, i s'ha realitzat, conjuntament amb ell/a, el procés deliberatiu que estableix l'article 8.1 de la LORE, del que es resumeix el següent:

▪ **Diagnòstic:**

▪ **Possibilitats terapèutiques i resultats esperables**

▪ **Possibles cures pal·liatives**

▪ **Oferiment de recursos socials, si escau**

▪ **Conclusions més destacables del procés deliberatiu:**

(Lloc i data) _____, _____ de _____ de 202__

FIRMA METGE/SSA RESPONSABLE