

**DOCUMENT DE CONSENTIMENT PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR A LA
DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS DESPRÉS DE LA PRESTACIÓ D'AJUDA PER A MORIR****A DADES DEL/LA PACIENT**

COGNOMS	NOM	NIF/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)	CP	LOCALITAT
PROVÍNCIA	TELÈFON	ADREÇA ELECTRÒNICA

B DADES DEL/LA PROFESSIONAL QUE INFORMA

COGNOMS	NOM	NIF
PROFESSIÓ	COL·LEGIACIÓ NÚM.	CENTRE DE TREBALL

C DECLARACIÓ DEL/LA PACIENT

Jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, **DECLARE** que:

- Exprime de manera lliure i voluntària el desig de ser donant d'òrgans i teixits una vegada que haja mort després de la realització de la prestació d'ajuda per a morir (PAM).

- He rebut informació per la persona responsable de la coordinació de trasplantaments (CT) del procés de donació en assistència. He pogut reflexionar sobre el contingut del full informatiu sobre donació després de la meua defunció després de l'aplicació de la PAM. He pogut formular totes les preguntes que he cregut convenients i m'han sigut aclarides tots els dubtes plantejats.

- Sé que aquest procés de donació només pot dur-se a terme mitjançant el meu ingrés en un hospital, on rebré les mesures necessàries per a assegurar el meu confort fins que es produisca la meua defunció i aquelles orientades a preservar els òrgans per al seu posterior trasplantament, tal com s'especifica en el full informatiu de donació després de l'aplicació de la PAM.

- He rebut informació que, la meua família o persones reunides podran estar amb mi en el comiat i que, una vegada conculsa la cirurgia, rebran el meu cos assegurant-se la seua correcta imatge, perquè es procedisca a realitzar el ritu funerari que preferisca.

- Considere adequada i suficient la informació rebuda i sé que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment sense donar explicacions i sense cap repercussió sobre la realització de la PAM.

D AUTORITZACIÓ DEL/LA PACIENT

En conseqüència de la declaració expressada a l'apartat C, jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, **AUTORITZE**:

- La realització dels procediments i l'administració dels medicaments per a l'adequada conservació dels òrgans indicats en el full informatiu de donació després de la PAM. En cas que els òrgans i/o els teixits una vegada extrets, no fora possible el seu trasplantament, autoritze a què es destinen a la investigació científica seguint el que s'estableix en l'RD 1723/2012, de 28 de desembre, pel qual es regulen les activitats d'obtenció, utilització clínica i coordinació territorial dels òrgans humans destinats al trasplantament i s'estableixen requisits de qualitat i seguretat.
- L'obtenció de tots els òrgans i teixits que siguin vàlids per a ser trasplantats seguint els requisits que estableix la legislació vigent (Llei 30/1979, de 27 d'octubre i Reial decret 1723/2012, de 28 de desembre).
- En el cas d'oposició a l'obtenció d'algun òrgan o teixit, s'especifica a continuació:

E SIGNATURA DEL/LA PACIENT I DEL/LA PROFESSIONAL QUE INFORMA

I, per a que així conste, signem el/la pacient indicat/da a l'apartat A i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____
El/La pacient

Signatura: _____
El/La professional que informa

DOCUMENT DE CONSENTIMENT PER A PACIENTS AMB CAPACITAT PER A CONSENTIR A LA DONACIÓ D'ÒRGANS I TEIXITS DESPRÉS DE LA PRESTACIÓ D'AJUDA PER A MORIR

F REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Jo, el/la pacient indicat/da a l'apartat A, **REVOQUE** el present consentiment, prestat en data i desitge que no es procedisca a l'obtenció de cap òrgan ni teixit.

I, per a que conste, signem el/la pacient indicat/da a l'apartat A i el/la professional que informa indicat/da a l'apartat B:

_____, ____ d _____ de _____

Signatura: _____
El/La pacient

Signatura: _____
El/La professional que informa

G INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

Nom de l'activitat de tractament: Document de consentiment per a pacients amb capacitat per a consentir a la donació d'òrgans i teixits després de la prestació d'ajuda per a morir.

Finalitat del tractament: Gestió del document de consentiment per a pacients amb capacitat per a consentir a la donació d'òrgans i teixits després de la prestació d'ajuda per a morir.

Identitat de la persona responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Legitimació: RPDG 6.1.c, el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable a la persona responsable del tractament. Article 15 de la Llei Orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia.

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, i a la rectificació o supressió d'aquestes, així com a la limitació del seu tractament, a oposar-se aquest o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, incloent-hi l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per a exercir aquests drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que es preveu en l'enllaç següent: http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica següent: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb la Delegació de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.