



DT9232

DEMANDE CONTEMPORAINE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois
		Jour	
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Adresse			
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.	

Déclaration et consentement de la personne qui demande l'aide médicale à mourir (AMM) (consulter la section A de l'annexe)

Je demande l'AMM, pour moi-même et de manière libre et éclairée.

Je confirme que j'ai reçu toute l'information utile et nécessaire à la formulation de ma demande d'AMM, notamment en ce qui concerne les conditions prévues par la *Loi concernant les soins de fin de vie* et le *Code criminel* aux fins de l'administration de cette aide.

De même, je consens à la communication des renseignements me concernant qui se trouvent dans le présent formulaire, notamment d'un professionnel de la santé ou des services sociaux à un autre, lorsque cette communication est nécessaire pour donner suite à ma demande d'AMM.

De plus, je consens à ce qu'une copie de ma demande d'AMM soit transmise au pharmacien qui fournira au professionnel compétent¹ concerné tout médicament en vue de l'administration de cette aide à mon égard.

Je consens à ce qu'un professionnel compétent m'administre l'AMM, dans le respect des conditions prévues par la loi, dont celles établies à l'article 29 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

Je comprends que je peux, en tout temps et par tout moyen, y compris verbalement, retirer ma demande d'AMM. De plus, je comprends que je peux, en tout temps et par tout moyen, y compris verbalement, demander à reporter l'administration de cette aide à mon égard.

Signature de la personne qui demande l'AMM ou, le cas échéant, du tiers autorisé (consulter la section B de l'annexe)

Signature

de la personne qui demande l'AMM : _____

Date

_____	_____	_____
Année	Mois	Jour

OU

La personne qui demande l'AMM peut demander à un tiers de signer et de dater à sa place le présent formulaire si elle n'est pas en mesure de le faire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement. Pour qu'un tiers signe et date le présent formulaire à la place de cette personne, les conditions prévues par la loi doivent être remplies.

Le tiers autorisé doit signer et dater le présent formulaire en remplissant l'espace ci dessous.

☐ La personne qui demande l'AMM n'est pas en mesure de signer et de dater le présent formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement.

☐ Je remplis les conditions prévues par la loi pour agir comme tiers autorisé.

Prénom et nom du tiers autorisé : _____

Signature

du tiers autorisé : _____

Date

_____	_____	_____
Année	Mois	Jour

¹ Le professionnel compétent est un(e) médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e) comme indiqué à l'article 3.1 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (chapitre S-32.0001).

**Témoin indépendant présent lorsque la personne ou, le cas échéant, le tiers autorisé signe et date le présent formulaire
(consulter la section C de l'annexe)**

Pour agir comme témoin indépendant, la personne doit remplir les conditions prévues par la loi.

☐ Je remplis les conditions prévues par la loi pour agir comme témoin indépendant.

Prénom et nom du témoin indépendant : _____

Signature

du témoin indépendant : _____

Date

_____|_____|_____
Année Mois Jour

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne ou, le cas échéant, le tiers autorisé signe et date le présent formulaire

Prénom et nom du professionnel : _____ Titre : _____

N° de permis d'exercice : _____

Au sujet du professionnel compétent qui traite la personne qui demande l'AMM :

☐ Je suis le professionnel compétent qui traite la personne.

ou

☐ La personne m'a confirmé qu'elle est en contact avec un professionnel compétent qui la traite et qui, selon elle, pourrait assurer le suivi de sa demande d'AMM.

Fournissez les renseignements suivants concernant ce professionnel compétent :

Prénom et nom du professionnel compétent: _____

Titre : _____

N° de permis d'exercice : _____

ou

☐ La personne m'a confirmé qu'elle est en contact avec un professionnel compétent qui la traite et qui, selon elle, ne pourrait pas assurer le suivi de sa demande d'AMM.

ou

☐ La personne m'a confirmé qu'elle n'est en contact avec aucun professionnel compétent capable de la traiter.

Signature

du professionnel : _____

Date

_____|_____|_____
Année Mois Jour

Une fois qu'il est signé et daté, le présent formulaire doit être versé dans le dossier de la personne qui demande l'AMM.

Annexe du formulaire

SECTION A : Article 29 : Avant d'administrer l'aide médicale à mourir, le professionnel compétent doit :

1° être d'avis que la personne satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :

a) en s'assurant auprès d'elle du caractère libre de sa demande, en vérifiant entre autres qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures;

b) en s'assurant auprès d'elle du caractère éclairé de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie ou de l'évolution clinique prévisible de la déficience physique en considération de son état, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences ou des mesures appropriées pour compenser ses incapacités;

c) en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir, en menant avec elle des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état;

d) en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;

e) si elle le souhaite, en s'entretenant de sa demande avec ses proches ou avec toute autre personne qu'elle identifie;

2° s'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter;

2.1° si la personne a une déficience physique, s'assurer qu'elle a évalué la possibilité d'obtenir des services de soutien, de conseil ou d'accompagnement, notamment de l'Office des personnes handicapées du Québec, d'un organisme communautaire ou d'un pair aidant, tels que de l'assistance aux fins d'amorcer une démarche de plan de services à son égard;

3° obtenir l'avis d'un second professionnel compétent confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Le professionnel consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du professionnel qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit.

Lorsqu'une personne en fin de vie est devenue inapte à consentir aux soins après avoir formulé sa demande, le professionnel compétent peut tout de même lui administrer l'aide médicale à mourir pourvu qu'alors qu'elle était en fin de vie et avant qu'elle ne soit devenue inapte à consentir aux soins :

1° toutes les conditions prévues au premier alinéa avaient été satisfaites;

2° elle avait consenti, par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et en présence d'un professionnel compétent, dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir, à la recevoir même si elle perdait son aptitude à consentir aux soins avant son administration.

Tout refus de recevoir l'aide médicale à mourir manifesté par une personne visée à l'alinéa précédent doit être respecté et il ne peut d'aucune manière y être passé outre.

SECTION B : Pour agir comme tiers autorisé, l'article 27 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* et l'article 241.2 (4) du *Code criminel* exigent ce qui suit : le tiers ne peut être un mineur ou un majeur inapte, il ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne qui demande l'aide médicale à mourir et il ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de cette personne ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. De plus, le tiers doit comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

SECTION C : Pour agir comme témoin indépendant, l'article 241.2 (5) du *Code criminel* exige ce qui suit : le témoin ne peut être un mineur; il ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; il ne peut être propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où cette personne reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; il ne peut participer directement à la prestation de services de soins de santé à cette personne; et il ne peut fournir directement des soins personnels à cette personne. De plus, le témoin doit comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Par ailleurs, selon les articles 241.2 (5.1) et 241.2 (6) du *Code criminel*, quiconque dont l'occupation principale consiste à fournir des services de soins de santé ou des soins personnels et qui est rémunéré pour les fournir à la personne qui demande l'aide médicale à mourir peut tout de même agir comme témoin indépendant, sauf la ou le médecin ou l'infirmière praticienne ou l'infirmier praticien qui fournira l'aide médicale à mourir à cette personne et celui ou celle qui, à son égard, a donné l'avis visé à l'article 241.2 (3) e) ou (3.1) e) du *Code criminel*.