Effacer | Imprimer | Enregistrer

Québec
Santé Québec

DT9596

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

DEMANDE CONTEMPORAINE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

CONSENTEMENT DE LA PERSONNE EN FIN DE VIE À RECEVOIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR EN CAS DE PERTE D'APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS AVANT L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Déclaration et consentement de la personne qui consent à recevoir l'aide médicale à mourir (AMM) même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration

Je consens à recevoir l'AMM même si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration, dans le respect des conditions qui y sont prévues.

Je confirme que j'ai reçu toute l'information utile et nécessaire à la formulation de mon consentement, notamment en ce qui concerne les conditions prévues la *Loi concernant les soins de fin de vie* et le *Code criminel*, à recevoir l'AMM même si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration.

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, notamment en ce qui a trait à mon consentement à recevoir l'AMM même si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration.

De plus, je consens à ce qu'une copie de mon consentement à recevoir l'aide médicale à mourir même si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration soit transmise au pharmacien qui fournira au professionnel compétent[1] concerné tout médicament en vue de l'administration de cette aide à mon égard.

Je consens à ce que le professionnel compétent ayant signé et daté le présent formulaire m'administre l'AMM même si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration, dans le respect des conditions qui y sont prévues et des autres conditions prévues par la loi, dont celles établies au troisième alinéa de l'article 29 de la *Loi concernant les soins de fin de vie.*

Détermination d'une date à laquelle l'AMM peut être administrée à la personne qui consent à recevoir cette aide même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant cette administration

La personne qui consent à recevoir l'AMM même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration doit convenir, avec le professionnel compétent, d'une date prévue pour l'administration de cette aide, soit au plus tard 90 jours après la signature de ce formulaire.

Date convenue : _____ _____ _____
Année Mois Jour

La personne qui consent à recevoir l'AMM même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration doit ensuite préciser, en fonction de la date choisie comme « date convenue », la portée de son consentement en cochant l'énoncé qui correspond à ses intentions parmi les suivants :

☐ Je consens à recevoir l'AMM uniquement à la date convenue si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration.

ou

☐ Je consens à recevoir l'AMM à la date convenue ou à une date antérieure si je perds mon aptitude à consentir aux soins avant son administration.

[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).

Signature de la personne qui consent à recevoir l'aide médicale à mourir même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration ou, le cas échéant, du tiers autorisé

☐ Je suis la personne qui demande l'AMM, telle qu'identifiée à la page précédente du présent formulaire.

Signature de la personne qui donne son consentement : _____ Date ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

OU

La personne qui consent à recevoir l'AMM même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration peut demander à un tiers de signer et 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[2].

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 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)

Signature du professionnel compétent présent lorsque la personne qui consent à recevoir l'AMM même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration ou, le cas échant, le tiers autorisé signe et date le présent formulaire

Prénom et nom du professionnel compétent : _____

Titre : _____

N^{O} de permis d'exercice : _____

a) Au sujet du professionnel compétent :

☐ Je suis le professionnel compétent qui s'engage à administrer l'AMM à la personne qui donne, par le présent formulaire, son consentement à recevoir cette aide même si elle perd son aptitude à consentir aux soins avant son administration.

b) Signature du professionnel compétent : _____ 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.

[2] Pour la personne désignée 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.

ANNEXE DU FORMULAIRE

Conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir, prévues notamment par l'article 29 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*

29. Avant d'administrer l'aide médicale à mourir suivant une demande contemporaine, 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.