



DT9231

CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

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

Déclaration de la personne qui consent à la sédation palliative continue (SPC)

Je consens à la SPC, pour moi-même et de manière libre et éclairée.

Je comprends qu'en signant ce formulaire de consentement, j'autorise un professionnel compétent¹ à m'administrer des médicaments ou des substances dans le but de soulager mes souffrances en me plaçant dans un état d'inconscience, de façon continue, jusqu'à mon décès.

Je confirme que j'ai reçu toute l'information utile et nécessaire à l'expression de mon consentement à la SPC, notamment en ce qui concerne le pronostic relatif à la maladie dont je suis atteint(e) ainsi qu'au caractère irréversible et à la durée prévisible de telle sédation.

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 l'expression de mon consentement à la SPC.

De plus, je consens à ce qu'une copie de mon consentement à la sédation palliative continue soit transmise au pharmacien qui fournira au professionnel compétent concerné tout médicament en vue de l'administration de ladite sédation.

Je consens à ce que le professionnel compétent qui accepte de donner suite à l'expression de mon consentement à la SPC de m'administrer ladite sédation, dans le respect des conditions prévues par la loi, dont celles établies à l'article 24 de la Loi concernant les soins de fin de vie².

Je comprends que je peux, en tout temps et par tout moyen, y compris verbalement, retirer mon consentement à la SPC.

Signature de la personne qui consent à la SPC ou, le cas échéant, de la personne habilitée à donner un consentement substitué ou du tiers autorisé

Signature de la personne
qui consent à la SPC : _____

Date _____
Année Mois Jour

OU

La personne qui consent à la SPC 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 autres conditions prévues par la loi doivent être remplies³.

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

☐ La personne qui consent à la SPC 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

OU

Signature de la personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué à la SPC⁴ :

Prénom et nom de la personne habilitée : _____

Signature
de la personne habilitée : _____

Date _____
Année Mois Jour

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier / NAM

Signature du professionnel compétent présent lorsque la personne ou, le cas échéant, le tiers autorisé ou la personne habilitée signe et date le présent formulaire

Prénom et nom du professionnel compétent: _____

Titre : _____

N° de permis d'exercice : _____

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 consent à la SPC.

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).

² Article 24 : Avant d'exprimer son consentement à la sédation palliative continue, la personne en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour elle doit entre autres être informée du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation. Le professionnel compétent doit en outre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. Le consentement à la sédation palliative continue doit être donné par écrit au moyen du formulaire prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier de la personne.

Article 25 : Lorsque la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut dater et signer le formulaire visé à l'article 24 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte.

³ Pour la personne désignée pour agir comme tiers autorisé, l'article 25 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* exige ce qui suit : le tiers ne peut être un mineur ou un majeur inapte et il ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne qui consent à la sédation palliative continue.

⁴ L'article 15 du Code civil prévoit que lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins est constatée, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur peut, quant à lui, consentir pour le mineur de moins de 14 ans ou le mineur 14 ans et plus qui n'est pas apte à consentir à la sédation palliative continue suivant l'article 14 du *Code civil*.