



DT9233

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

### PARTIE 1

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

**Elle ne doit comporter aucune information permettant d'identifier directement une personne, un médecin, un professionnel de la santé, ou un lieu précis.**

Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir						
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date à laquelle la demande d'aide médicale à mourir a été remplie	Année Mois Jour
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Section B – Critères d'admissibilité	
La personne a une carte d'assurance maladie valide.	<input type="checkbox"/> Oui, expiration : <input type="checkbox"/> Non, justifier
Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, justifier
Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été signé et daté par la personne elle-même.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, par un tiers
Raisons pour lesquelles le tiers a signé (le cas échéant) :	
Le formulaire a été signé en :	<input type="checkbox"/> Ma présence <input type="checkbox"/> Présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux
<i>Si la demande a été remplie par un tiers, en votre présence, indiquer :</i>	
Avez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?	<input type="checkbox"/> Oui, justifier <input type="checkbox"/> Non
<i>Si la demande a été contresignée par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, indiquer :</i>	
• Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été rempli.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Titre d'emploi du professionnel :	
<i>Si la demande a été remplie par un tiers, indiquer :</i>	
• Le professionnel a-t-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?	<input type="checkbox"/> Oui, justifier <input type="checkbox"/> Non
• Date de l'entretien avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a contresigné la demande :	

**Section C – Critères en lien avec l'état de santé**

1. Diagnostic principal

2. Estimation du pronostic vital

3. Nature et description des incapacités

4. Nature et description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que de leur caractère constant et insupportable

5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables

**Section D – Processus décisionnel**

1. La personne est apte à consentir aux soins :

Oui

Non

Raisons qui amènent à conclure qu'elle n'est pas inapte à consentir aux soins :

2. Moyens utilisés pour vérifier le caractère libre de la demande de la personne, et plus spécifiquement pour s'assurer qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures.

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprenait bien les informations qui lui ont été données à leur propos :

Son diagnostic médical

Oui

Non

Son pronostic vital

Oui

Non

Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences

Oui

Non

Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation palliative, le refus de traitement, etc.

Oui

Non

Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et ses risques possibles

Oui

Non

Information transmise à la personne sur le fait qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter.

Oui

Non

Justification si l'information ci-dessus n'a pas été transmise :

**Section D – Processus décisionnel (suite)**

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprenait bien les informations qui lui ont été données à leur propos (suite) :

Autre(s) vérification(s) effectuée(s) (le cas échéant) :

Date du ou des entretiens tenus pour effectuer les vérifications :

Résumé de l'entretien ou des entretiens :

4. Entretiens avec la personne

Assurance de la persistance de ses souffrances

Assurance de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir

Dates des entretiens :

Raisons qui convainquent de la persistance de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir :

5. Entretien(s) avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne :

Oui  Non

Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) :

Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) :

6. Entretien avec ses proches

Est-ce que la personne souhaite une discussion de sa demande avec ses proches?

Oui  Non

Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant) :

Conclusion de ces entretiens (le cas échéant) :

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande d'aide médicale à mourir avec les personnes qu'elle souhaitait contacter.

Oui  Non

Description des démarches effectuées pour m'assurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait consulter.

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

**Section D – Processus décisionnel (suite)**

8. Avis d'un second médecin consulté confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Y a-t-il un lien professionnel (hiérarchique) ou personnel qui vous relie au second médecin?

Non

Oui, décrire la nature du lien et justifier

Y a-t-il un lien professionnel ou personnel qui relie la personne au second médecin?

Non

Oui, décrire la nature du lien et justifier

Date de demande de la consultation du second médecin :

Date de la première consultation du dossier médical de la personne par le second médecin :

Date(s) de l'examen de la personne par le second médecin :

Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

Oui

Non

**Section E – Renseignements relatifs au décès**

Année Mois Jour

Date de l'administration de l'aide médicale à mourir

Année Mois Jour Heure

Région administrative du Québec

Date et heure du décès

Lieu du décès :

 Domicile Maison de soins palliatifs Établissement privé Établissement public, mission : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés CHSLD Autre, préciser :

Tous les renseignements ou documents en lien avec la demande d'aide médicale à mourir doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne, incluant le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 (le cas échéant) et une copie des 3 parties de ce formulaire.

**Formulaire rempli le (date) :**Transmis à :  Commission sur les soins de fin de vie le (date) : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le (date) : Collège des médecins du Québec (CMQ) le (date) :

Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir doit transmettre dans les 10 jours suivant le décès de la personne :

- Les parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie;
- Les parties 1, 2 et 3 dûment remplies : au CMDP s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou au CMQ s'il exerce dans un cabinet privé de professionnel;

Hormis la copie versée au dossier de l'utilisateur, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être anonymisées et la partie 3 doit être scellée, avant la transmission aux instances ce qui signifie que le nom de l'utilisateur et le numéro de dossier ainsi que l'impression de la carte d'assurance maladie en première page doivent être enlevés.

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

**Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)**