



**FORMULAIRE DE DÉCLARATION
DE L'ADMINISTRATION DE
L'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

PARTIE 2

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

À l'intention des CMDP et du CMQ, en complément de la partie 1, aux fins d'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Renseignements relatifs au médecin qui a administré l'aide médicale à mourir

1. Vous êtes spécialiste :

En médecine familiale Autre spécialité, préciser :

Votre pratique inclut-elle les soins palliatifs? Oui Non

2. Avez-vous une relation thérapeutique avec la personne avant de l'accompagner pour l'aide médicale à mourir?

Non Oui, depuis quand la suiviez-vous?

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien

1. Traitement médicamenteux administré au cours des 24 heures précédant l'administration de l'aide médicale à mourir, le cas échéant.

Classe thérapeutique	Médicament	Posologie	Voie d'administration
Opioïdes			
Benzodiazépines			
Autres médicaments			

2. Description du protocole appliqué pour l'administration de l'aide médicale à mourir

Médicament	Posologie	Voie d'administration

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

Y a-t-il eu déviation du protocole préconisé dans le *Guide d'exercice sur l'aide médicale à mourir*?

Non Oui, décrire le protocole utilisé et justifier

Médicament	Posologie	Voie d'administration

3. Combien de temps après l'induction du coma la personne est-elle décédée?

4. Des complications sont-elles survenues? Le cas échéant, les décrire.

5. Les médicaments requis ont-ils été disponibles dans les délais prévus? Oui Non, expliquer

6. La préparation des médicaments a été effectuée par : Le médecin Le pharmacien

Autre, préciser :

7. Les médicaments ont été :

Livrés par (titre) :

Récupérés par (titre) :

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :

 Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'usager; Du protocole choisi; Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir; Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments; De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments; Des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie.

Si non, expliquer :

9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse?

 Non Oui, expliquer

10. Avez-vous rendu des médicaments non utilisés au pharmacien?

 Oui Non, expliquer

11. Avez-vous participé à la destruction des médicaments et du matériel non utilisés avec le pharmacien?

 Oui Non, expliquer

12. Avez-vous rempli le registre d'utilisation des médicaments avec le pharmacien?

 Oui, complètement Oui, en partie : expliquer Non, expliquer

13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir?

 Oui Non, expliquer

14. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le soutien dispensé aux médecins, aux pharmaciens et aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent une personne en fin de vie et qui sont amenés à participer à l'aide médicale à mourir?

15. Commentaires additionnels :