

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ
Aide médicale à mourir (AMM)

Renseignements sur l'évaluation de l'admissibilité
Évaluation effectuée par : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} évaluateur <input type="checkbox"/> 2 ^e évaluateur
Date de la demande écrite du patient (AAAA-MM-JJ) :
Date de l'évaluation (AAAA-MM-JJ) :

Renseignements sur le patient		
Prénom	Second prénom	Nom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N ^o d'assurance-maladie	N ^o de dossier clinique
Médecin de famille/infirmier praticien (IP)	Téléphone	Diagnostic Date du diagnostic (AAAA-MM-JJ)
Allergies ou réactions :		

Renseignements sur le médecin/l'IP		
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IP
Si vous êtes médecin, quelle est votre spécialité?	Téléphone	Zone

Critères d'admissibilité du patient		
OUI	NON	
		Le patient est admissible aux soins de santé financés par l'État au Canada.
		Le patient est âgé d'au moins 18 ans.
		Le patient est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé (capacité de décider).

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ
 Aide médicale à mourir (AMM)

OUI	NON	
		<p>Le patient a formulé sa demande d'AMM de son plein gré et sans pressions extérieures.</p> <p>Si oui, indiquez pourquoi vous êtes de cet avis :</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance du patient lors de consultations antérieures pour des raisons autres que l'AMM</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec un autre professionnel de la santé ou des services sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec la famille ou les proches</p> <p><input type="checkbox"/> Examen du dossier médical</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>_____</p>
		<p>Le patient souffre d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable.</p> <p>Si oui, veuillez indiquer la maladie, l'affection ou le handicap (sélectionnez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – Poumon et bronches <input type="checkbox"/> Cancer – Sein <input type="checkbox"/> Cancer – Colorectal</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – Pancréas <input type="checkbox"/> Cancer – Prostate <input type="checkbox"/> Cancer – Ovaire</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – Hématologie <input type="checkbox"/> Cancer – Autre (précisez) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble neurologique – Sclérose en plaques</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble neurologique – Sclérose latérale amyotrophique</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble neurologique – Autre (précisez) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie chronique respiratoire (p. ex. maladie pulmonaire obstructive)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire (p. ex. AVC, insuffisance cardiaque congestive)</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance d'un autre organe (p. ex. insuffisance rénale terminale)</p> <p><input type="checkbox"/> Comorbidités multiples (précisez) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre maladie, affection ou handicap (précisez) _____</p> <p>_____</p>
		<p>Le patient est dans un état de déclin avancé et irréversible de ses capacités.</p>

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ
Aide médicale à mourir (AMM)

OUI	NON	
		<p>En raison de sa maladie, de son affection, de son handicap ou du déclin avancé et irréversible de ses capacités, le patient a des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qui lui sont acceptables.</p> <p>Pour les besoins de l'évaluation de l'admissibilité à l'AMM, les personnes souffrant d'une maladie mentale uniquement ne sont pas admissibles.</p> <p>Si oui, veuillez indiquer comment le patient décrit ses souffrances (sélectionnez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion insuffisante de la douleur ou inquiétudes à ce sujet</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion insuffisante d'autres symptômes ou inquiétudes à ce sujet</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de la capacité de participer à des activités donnant un sens à la vie</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de dignité</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de la capacité d'exécuter des activités de la vie quotidienne (p. ex. cuisiner, prendre sa douche)</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de contrôle des fonctions corporelles</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____</p>
Prévisibilité de la mort naturelle		
		<p>La mort naturelle du patient est devenue raisonnablement prévisible si on tient compte de tous les troubles médicaux.</p> <p>Date prévue de l'AMM (si elle est déterminée) (AAAA-MM-JJ) : _____</p>
		<p>Si la mort naturelle est non raisonnablement prévisible, veuillez confirmer :</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai consulté un expert dans la condition à l'origine des souffrances du patient si je ne possède pas une telle expertise.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai informé le patient de tous les moyens disponibles pour soulager ses souffrances, y compris les services de soutien psychologique, les services communautaires et les soins palliatifs.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai dirigé le patient à des professionnels qui offrent des services de support.</p> <p>Date à partir de laquelle l'AMM peut être administrée (au moins 90 jours francs à partir de la première évaluation) (AAAA-MM-JJ) : _____</p>

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ
Aide médicale à mourir (AMM)

Renseignements supplémentaires

Patient admissible – Déclaration du médecin/de l'IP

- Je déclare que le patient susnommé **répond** aux critères d'admissibilité à l'AMM.
- J'ai mené une évaluation indépendante aux termes du *Code criminel*. Par conséquent, je déclare que je suis indépendant par rapport au patient ainsi qu'au deuxième évaluateur.

Patient inadmissible – Déclaration du médecin/de l'IP

- Je déclare que le patient susnommé **ne répond pas** aux critères d'admissibilité à l'AMM.
- J'ai mené une évaluation indépendante aux termes du *Code criminel*. Par conséquent, je déclare que je suis indépendant par rapport au patient ainsi qu'au deuxième évaluateur.

Veuillez indiquer pourquoi le patient **ne répond pas** aux critères d'admissibilité à l'AMM :

Nom du médecin/de l'IP

Signature du médecin/de IP

AAAA-MM-JJ

Pour toutes questions, veuillez contacter le service de Gestion des risques à amm.maid@vitalitenb.ca
ou le Bureau de l'éthique à ethique.ethics@vitalitenb.ca