

CONSENTEMENT DU PATIENT
Aide médicale à mourir (AMM)

Renseignements sur le patient

Prénom	Second prénom	Nom de famille
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° Assurance-maladie	N° dossier clinique
Médecin de famille/ Infirmière praticienne	Téléphone	Diagnostic

Déclaration du patient

Je soussigné, souffre d'une maladie jugée grave et incurable. Mon admissibilité à l'AMM a été confirmée suite à deux évaluations par un médecin ou une infirmière praticienne.
 J'ai reçu toute l'information nécessaire au sujet de mon diagnostic, de mon pronostic, de la gamme de traitements possibles et des différents services de fin de vie qui s'offrent à moi, y compris les soins palliatifs, les soins de confort et les soins de gestion de la douleur. J'ai compris les risques et les conséquences probables associés à la prise des médicaments qui seront prescrits et administrés.
 J'ai aussi compris que si ma mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, une période d'attente de 90 jours suite à la première évaluation d'admissibilité est requise.
 Je demande qu'un médecin ou une infirmière praticienne :

me prescrive et m'administre des médicaments qui mettront fin à ma vie avec dignité humaine.
 me prescrive des médicaments que je pourrai m'administrer pour mettre fin à ma vie.

Je comprends que j'ai le droit d'annuler ma demande en tout temps.

Nom du patient (caractères d'imprimerie)

Signature du patient

AAAA-MM-JJ

Nom du témoin (caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

AAAA-MM-JJ

Signature du tiers (Note : à compléter uniquement si le patient est incapable de signer par lui-même)

<input type="checkbox"/>	J'ai au moins 18 ans et je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir.
<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas ou je ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire et je ne recevrai aucun avantage matériel, notamment financier de la mort de la personne mentionnée ci-haut.
<input type="checkbox"/>	Je signe ce document en présence et selon les directives de la personne mentionnée ci-haut.

Nom du tiers (caractères d'imprimerie)

Signature du tiers

AAAA-MM-JJ

Nom du témoin (caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

AAAA-MM-JJ

CONSENTEMENT DU PATIENT)
 Aide médicale à mourir (AMM)

Détermination/Déclaration du médecin ou de l'infirmière praticienne

Je déclare que le patient susnommé :

OUI	NON	
		est admissible aux soins de santé financés par l'État au Canada;
		a 18 ans ou plus;
		souffre d'une maladie grave et incurable qui lui cause des souffrances intolérables ne pouvant pas être apaisées dans des conditions qui lui sont acceptables;
		est dans un état de déclin avancé et irréversible et : <input type="checkbox"/> sa mort naturelle est raisonnablement prévisible <input type="checkbox"/> sa mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible (il s'écoulera une période d'attente d'au moins 90 jours francs entre la date de la première évaluation et la date de l'administration de l'AMM à moins qu'il y ait une exception documentée)
		est apte à faire une demande d'aide médicale à mourir;
		a présenté de son plein gré une demande d'aide médicale à mourir par écrit;
		a été jugée admissible à recevoir l'AMM suite à deux évaluations indépendantes;
		a fait l'objet d'une consultation avec un médecin ou une infirmière praticienne possédant une expertise de la condition à l'origine des souffrances du patient (lorsque requis);
		a été informé de la possibilité d'annuler cette demande en tout temps.
		J'ai discuté avec le patient susnommé et je l'ai renseigné au sujet de son diagnostic, de son pronostic, de la gamme de traitements possibles et des différents services de fin de vie qui s'offrent à lui, y compris les soins palliatifs, les soins de confort et les soins de gestion de la douleur. J'ai aussi informé le patient des risques et des conséquences probables associés à la prise des médicaments qui seront prescrits et administrés.

Date de la première évaluation (AAAA-MM-JJ) : _____

Date prévue pour l'AMM (AAAA-MM-JJ) : _____

 Nom du médecin/ IP (caractères d'imprimerie)

 Signature du médecin ou de l'IP

 AAAA-MM-JJ