

DEMANDE DU PATIENT
Aide médicale à mourir (AMM)

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

Déclaration du patient	
<input type="checkbox"/>	Je souffre d'une maladie grave et incurable qui me cause des souffrances intolérables ne pouvant être apaisées dans des conditions qui me sont acceptables.
<input type="checkbox"/>	Je demande de mon plein gré de recevoir l'aide médicale à mourir. Cette demande est formulée sans pressions extérieures.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que ma demande doit faire l'objet d'un minimum de deux évaluations par deux médecins/infirmières praticiennes indépendants qui confirmeront que je réponds aux critères d'admissibilité de l'aide médicale à mourir.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que l'aide médicale à mourir inclut des médicaments prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne qui me seront administrés par le médecin ou l'infirmière praticienne ou que je devrai m'administrer si tel est mon choix.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que l'aide médicale à mourir peut être administrée à l'endroit où je réside ou dans un établissement désigné du Réseau de santé Vitalité.
<input type="checkbox"/>	J'accepte que l'équipe de soins, les médecins ou les infirmières praticiennes qui évaluent mon admissibilité à l'aide médicale à mourir étudient mon dossier médical. Je comprends que mes documents seront conservés à des fins de surveillance sur l'aide médicale à mourir.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que si ma mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible, je devrai attendre une période de 90 jours à compter de la date de la première évaluation avant que l'aide médicale à mourir me soit prodiguée.
<input type="checkbox"/>	Je comprends que j'ai le droit d'annuler cette demande à tout moment.

Nom du patient (caractères d'imprimerie)

Signature du patient

AAAA-MM-JJ

DEMANDE DU PATIENT

Aide médicale à mourir (AMM)

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

Déclaration du témoin indépendant

En cochant les cases ci-dessous, je confirme que :

<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 bénéficiaire de la succession testamentaire et je ne recevrai aucun avantage matériel, notamment financier du décès de la personne effectuant la demande d'AMM.
<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas propriétaire ou exploitant d'un établissement de soins de santé ou de l'établissement dans lequel le patient réside ou reçoit des traitements.
<input type="checkbox"/>	Je ne suis pas un médecin/infirmière praticienne qui évaluera l'admissibilité du patient à l'AMM.
<input type="checkbox"/>	Je ne fournis pas de soins de santé ou de soins personnels non rémunérés à la personne effectuant la demande d'AMM.
<input type="checkbox"/>	Le patient demande de son plein gré, sans pressions extérieures, qu'on lui administre l'aide médicale à mourir.
<input type="checkbox"/>	La personne mentionnée ci-haut (ou son tiers en présence de celle-ci) a signé la demande d'aide médicale à mourir en ma présence.

 Nom du témoin indépendant
 (caractères d'imprimerie)

 Signature du témoin indépendant

 AAAA-MM-JJ