

**LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA
DISPENSATION DES MÉDICAMENTS
PRESCRITS (Gestion des risques)**
Aide médicale à mourir (AMM)

Renseignements sur le patient

Prénom	Second prénom	Nom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° d'assurance-maladie	N° de dossier clinique
Médecin de famille/infirmier praticien	Téléphone	Diagnostic

* Légende : S/O = Sans Objet

OUI	S/O	Liste de vérification
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Il y a un formulaire de demande du patient sur lequel se trouvent le nom du patient en caractères d'imprimerie ainsi que la signature du patient ou d'un tiers et celle d'un témoin indépendant.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulaire d'évaluation de l'admissibilité à l'AMM (par un médecin/infirmier praticien) La 1 ^{re} évaluation est signée et datée par le médecin/l'infirmier praticien qui déclare l'admissibilité du patient à l'AMM.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulaire d'évaluation de l'admissibilité à l'AMM (par un médecin/infirmier praticien) La 2 ^e évaluation est signée et datée par le médecin/l'infirmier praticien qui déclare l'admissibilité du patient à l'AMM.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'il y a lieu, un rapport d'un expert est présent, signé et daté.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le formulaire de consentement du patient est signé et daté par le patient demandant l'AMM ou un tiers*. Il est daté et signé par un témoin.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La section sur la détermination/déclaration des critères d'admissibilité du formulaire de consentement du patient est remplie, signée et datée par le médecin/l'infirmier praticien.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mort naturelle non raisonnablement prévisible : Une période d'attente d'au moins 90 jours francs s'est écoulée entre la date à laquelle la 1 ^{re} évaluation a été signée (Date : _____) et la date où l'AMM est fournie, sauf indication contraire sur le formulaire.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mort naturelle raisonnablement prévisible : Un document de renonciation au consentement final est signé et daté par le patient demandant l'AMM ou un tiers*. Il est daté et signé par le médecin/l'infirmier praticien (si applicable).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le médecin/l'infirmier praticien responsable de la 1 ^{re} évaluation a un permis d'exercice au Nouveau-Brunswick.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le médecin/l'infirmier praticien responsable de la 2 ^e évaluation a un permis d'exercice au Nouveau-Brunswick.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'il y a lieu, l'expert a un permis d'exercice au Nouveau-Brunswick.

**LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA
DISPENSATION DES MÉDICAMENTS
PRESCRITS (Gestion des risques)**
Aide médicale à mourir (AMM)

Cette liste de vérification du Réseau de santé Vitalité confirme que les documents signés pour l'AMM sont présents, signés et datés.

Date de la vérification administrative (AAAA-MM-JJ) : _____

Noms des personnes qui ont participé à la vérification :

(Nom du conseiller)

(Nom du conseiller)

(Nom du conseiller, s'il y a lieu)

Nom du conseiller principal
(caractères d'imprimerie)

Signature

AAAA-MM-JJ