

**Aide médicale à mourir (AMM)**  
Renonciation au consentement final

La présente entente est conclue entre le patient et le médecin/ IP nommé ci-dessous pour l'AMM, conformément à la Loi. **La renonciation au consentement final s'applique UNIQUEMENT aux patients dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible.**

**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/IP	Téléphone	Diagnostic

**Renseignements sur le médecin/l'IP qui fournit l'AMM**

Nom du médecin/de l'IP	Téléphone	Date prévue de l'AMM (AAAA-MM-JJ)
------------------------	-----------	-----------------------------------

**Déclaration du patient**

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

- Je recevrai l'AMM par un médecin/IP autorisé à la date prévue;
- J'ai été informé que je suis admissible à l'AMM selon les critères établis par la loi et que les mesures de sauvegarde ont été respectées;
- J'ai été informé que je risque de perdre ma capacité de consentir avant la date prévue de l'AMM;
- Je recevrai l'AMM à la date prévue même si je n'ai plus la capacité de consentir à cette date;
- Je recevrai des médicaments destinés à provoquer mon décès au plus tard le jour indiqué dans la présente entente si je perds la capacité de consentir à l'AMM avant la date prévue;
- J'ai été informé que cette entente ne crée aucune obligation pour le médecin/l'IP de m'administrer l'AMM si je manifeste par des paroles, des sons ou des gestes un refus de recevoir les médicaments.

**Déclaration du médecin/de l'IP**

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

- Le patient susnommé m'a demandé de lui fournir, à titre de fournisseur autorisé, l'AMM à la date prévue;
- Le patient susnommé a soumis sa demande par écrit et rempli le formulaire de demande du patient (RC-74);

**Aide médicale à mourir (AMM)**  
 Renonciation au consentement final

<input type="checkbox"/>	Le patient susnommé répond aux critères d'admissibilité et sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible;
<input type="checkbox"/>	J'ai informé le patient du risque de perdre la capacité de consentir à l'AMM avant la date prévue de l'AMM;
<input type="checkbox"/>	Le patient susnommé a donné son consentement à l'AMM à la date prévue ou avant même s'il a perdu la capacité de consentir;
<input type="checkbox"/>	Le patient susnommé a donné son consentement à l'obtention d'une substance pour provoquer sa mort à la date prévue ou avant s'il perd la capacité de consentir;
<input type="checkbox"/>	Je consens à fournir l'AMM au patient susnommé à la date prévue ou avant;
<input type="checkbox"/>	Je consens à fournir au patient susnommé l'AMM à la date prévue ou avant s'il perd la capacité de consentir à l'AMM.

\_\_\_\_\_  
 Signature du patient/tiers

\_\_\_\_\_  
 Signature du médecin/de l'IP

\_\_\_\_\_  
 AAAA-MM-JJ

<b>Conditions additionnelles (section facultative)</b>		
Le patient et le médecin/l'IP peuvent convenir de certaines conditions additionnelles (p. ex. conditions particulières ou circonstances dans lesquelles l'AMM pourrait être fournie avant la date convenue). Note : Le patient et le médecin/l'IP doivent tous les deux être d'accord avec ces conditions additionnelles.		
<b>Initiales du patient/tiers</b>	<b>Initiales du médecin/de l'IP</b>	<b>Conditions additionnelles</b>
Initiales	Initiales	
Initiales	Initiales	
Initiales	Initiales	
Initiales	Initiales	

\_\_\_\_\_  
 Signature du patient/tiers

\_\_\_\_\_  
 Signature du médecin/ IP

\_\_\_\_\_  
 AAAA-MM-JJ