

**MODIFICATION DE LA PÉRIODE D'ATTENTE
 DE 90 JOURS EN CAS DE PERTE DE
 CAPACITÉ IMMINENTE**
 Aide médicale à mourir (AMM)

La présente entente est conclue entre le patient et le médecin/l'IP nommé ci-dessous pour l'AMM, conformément à la loi. **La modification de la période d'attente de 90 jours s'applique UNIQUEMENT aux patients dont la mort naturelle n'est pas 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 / infirmière praticienne (IP)	Téléphone	Diagnostic

Clarifications

Si toutes les évaluations sont terminées et que les deux évaluateurs **jugent que la perte de capacité de la personne à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir est imminente**, une période plus courte peut être fixée. Si la période de 90 jours francs est raccourcie, un des évaluateurs en consigne les raisons sur ce formulaire et obtient l'accord du deuxième évaluateur. Aviser le Service de pharmacie de la nouvelle date prévue pour l'AMM et acheminer une copie de ce formulaire au Service de gestion de risques.

Raisons du raccourcissement de la période

 Signature du patient / tiers

 Signature du médecin / de l'IP

 AAAA-MM-JJ

Je suis d'accord avec les raisons énoncées ci-dessus.

 Signature du médecin / de l'IP (2^e évaluateur)

 AAAA-MM-JJ

MODIFICATION OF THE 90-DAY WAITING PERIOD FOR IMMINENT LOSS OF CAPACITY

Medical Assistance in Dying (MAiD)

This agreement is being concluded between the patient and the physician / nurse practitioner (NP) named below for MAiD, in accordance with the law. **The modification of the 90-day waiting period ONLY applies to patients whose natural death is not reasonably foreseeable.**

Patient information		
First name	Middle name	Last name
Date of birth (YYYY-MM-DD)	Medicare no.	Clinical record no.
Family physician / nurse practitioner (NP)	Telephone	Diagnosis

Clarifications

If all assessments have been completed and the two assessors **deem that the loss of the individual's capacity to consent to receive medical assistance in dying is imminent**, a shorter period may be established. If the period of 90 clear days is shortened, one of the assessors shall document the reasons on this form and obtain the agreement of the second assessor. Notify the Pharmacy department of the new date scheduled for MAiD and send a copy of this form to the Risk Management department.

Reasons for shortening the period

 Signature of patient / third party Signature of physician/NP YYYY-MM-DD

I agree with the reasons stated above.

 Signature of physician/NP (2nd assessor) YYYY-MM-DD