



DT9233

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'UNE AIDE MÉDICALE À MOURIR

### PARTIE 1

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie		Expiration
Année		Mois
Adresse		
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.

Tous les renseignements ou documents en lien avec l'aide médicale à mourir doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne, incluant le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, l'avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir et les trois parties du présent formulaire. Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir à une personne doit, dans les 10 jours qui suivent, transmettre :

- Une copie des parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie;
- Une copie des parties 1, 2 et 3 dûment remplies au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) s'il exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement ou au Collège des médecins du Québec (CMQ) s'il exerce dans un cabinet privé de professionnels.

Avant leur transmission aux instances concernées, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être dénominalisées, c'est-à-dire que le nom et le numéro de dossier de la personne, le nom de ses proches et du personnel ne doivent pas y apparaître. La partie 3 doit être scellée dans une enveloppe. L'impression de la carte d'assurance maladie en première page des trois parties du formulaire doit être enlevée avant la transmission.

Le présent formulaire est fondé sur les exigences de la Loi concernant les soins de fin de vie et du Règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin. En ce qui concerne les normes cliniques, le médecin est invité à consulter le guide d'exercice et les lignes directrices pharmacologiques sur l'aide médicale à mourir.

#### Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

Date de naissance :  /  /   
Année Mois Jour

Sexe :  M  F

La personne avait une carte d'assurance maladie valide.  Oui, date d'expiration :  /   
Année Mois  Non, justifier

Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne.  Oui  Non, justifier

#### Section B – Formulaire de demande d'aide médicale à mourir

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été utilisé.  Oui  Non, justifier

Date à laquelle le formulaire de demande a été signé.  /  /   
Année Mois Jour

Le formulaire de demande a été signé et daté par la personne elle-même.  Oui  Non, par un tiers

Raisons pour lesquelles un tiers a signé (le cas échéant) :

Le formulaire a été signé :  En ma présence  En présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------



**Section B – Formulaire de demande d'aide médicale à mourir (suite)**

*Si le formulaire de demande a été signé par un tiers, en votre présence :*

Aviez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répondait aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?  Oui, justifier  Non

*Si le formulaire de demande a été contresigné par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux :*

Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été signé :  Oui  Non

Titre d'emploi du professionnel :

*Si le formulaire de demande a été signé par un tiers :*

• Le professionnel avait-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répondait aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie?  Oui, justifier  Non

Date de votre entretien avec le professionnel qui a contresigné le formulaire de demande :  Année  Mois  Jour

**Section C – État de santé**

1. Diagnostic principal et comorbidités significatives

2. Estimation du pronostic vital

3. Nature et description des incapacités



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------



**Section C – État de santé (suite)**

4. Nature et description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que de leur caractère constant et insupportable

5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne pouvaient être apaisées dans des conditions que la personne jugeait tolérables

**Section D – Processus décisionnel**

1. La personne était apte à consentir aux soins.  Oui  Non

Si OUI, expliquez les raisons qui vous ont amené à conclure que la personne était apte à consentir aux soins, selon les critères cliniques reconnus, en tenant compte de sa condition.

2. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprenait bien les informations qui lui ont été données à leur propos :

Son diagnostic médical  Oui  Non

Son pronostic vital  Oui  Non

Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences  Oui  Non

Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation palliative, le refus de traitement, etc.  Oui  Non

Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et ses risques possibles  Oui  Non

Le fait qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter  Oui  Non

Dates de vos entretiens avec la personne pour effectuer cette vérification :

/  /      
  /  /      
  /  /

Année    Mois    Jour                      Année    Mois    Jour                      Année    Mois    Jour

Résumé des entretiens :

Autre(s) vérification(s) effectuée(s) (le cas échéant) :



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------



**Section D – Processus décisionnel (suite)**

3. Description des vérifications effectuées pour vous assurer du caractère libre de la demande et plus spécifiquement qu'elle ne résultait pas de pressions extérieures.

4. Vérification de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée de la personne :

Vous avez eu l'assurance de la persistance de ses souffrances :

Oui  Non

Vous avez eu l'assurance de sa volonté réitérée d'obtenir l'aide médicale à mourir :

Oui  Non

Dates de vos entretiens avec la personne pour effectuer cette vérification :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Raisons qui vous ont convaincu de la persistance de ses souffrances :

Raisons qui vous ont convaincu de la constance de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir :

5. Entretien(s) avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne :

Oui  Non

Date(s) de vos entretiens (le cas échéant) :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Conclusion de votre (vos) entretien(s) (le cas échéant) :

6. La personne a souhaité que vous vous entreteniez de sa demande avec ses proches :

Oui  Non

Date(s) de vos entretiens (le cas échéant) :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Conclusion de votre (vos) entretien(s) (le cas échéant) :



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------



**Section D – Processus décisionnel (suite)**

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toutes les personnes qu'elle souhaitait contacter :  Oui  Non

Description des démarches effectuées pour vous assurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait contacter :

Raisons pour lesquelles la personne n'a pas pu le faire (le cas échéant) :

8. Avis du second médecin consulté confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

Quel était le statut, professionnel ou personnel, du second médecin consulté :

- par rapport à vous? (description des liens, le cas échéant)
- par rapport à la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir? (description des liens, le cas échéant)

Le second médecin consulté a déclaré s'être assuré de son indépendance professionnelle, tant à votre égard qu'à l'égard de la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir, dans le respect de l'article 63 du Code de déontologie des médecins du Québec :  Oui  Non

Date à laquelle vous avez demandé un avis au second médecin consulté :  Année  Mois  Jour

Date(s) à laquelle (auxquelles) le second médecin consulté a pris connaissance du dossier médical de la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir :

<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour	<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour	<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour
--	--	--

Date(s) à laquelle (auxquelles) le second médecin consulté a examiné lui-même la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir :

<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour	<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour	<input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour
--	--	--

Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie par le second médecin consulté.  Oui  Non

<sup>1</sup> En vertu de la Loi concernant les soins de fin de vie, le second médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'aide médicale à mourir qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. L'article 63 du Code de déontologie des médecins prévoit que : « Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées. »  
Par ailleurs, le Code criminel prévoit qu'avant de fournir l'aide médicale à mourir, le médecin doit être convaincu que lui et le médecin confirmant le respect des critères sont indépendants. L'article 241.2 (6) du Code criminel prévoit que pour être indépendant, le médecin ne peut : « a) conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail; b) savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande; c) savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité. »  
Le médecin doit s'assurer de respecter les deux lois.



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------



Section E – Renseignements relatifs au décès							
Date de l'administration de l'aide médicale à mourir					Année	Mois	Jour
Date et heure du décès	Année	Mois	Jour	Heure	Région administrative du Québec où le décès est survenu		
Type de lieu où le décès est survenu :							
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Maison de soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Établissement public	<input type="checkbox"/> Établissement privé				
Si établissement, mission :		<input type="checkbox"/> Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés					
		<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement et de soins de longue durée					
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :							

Formulaire de déclaration de l'administration d'une aide médicale à mourir								
<b>Complété le :</b>			<b>Transmis à :</b>			Année	Mois	Jour
Année			Année					
Mois			Commission sur les soins de fin de vie le :					
Jour			Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) le :					
			Collège des médecins du Québec (CMQ) le :					

Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)