



DT9231

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

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

Je consens à la sédation palliative continue.

Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.

Signature : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour

**Tiers autorisé**<sup>1</sup> : si la personne qui consent à la sédation palliative continue ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne.

Prénom et nom du tiers autorisé : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) à (adresse) : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour

Le cas échéant, la **personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué** dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue **inapte à consentir aux soins**.

Prénom et nom de la **personne habilitée à donner un consentement substitué** : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne concernée : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date 

Année	Mois	Jour

### Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement

Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.

Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature
--------------------------	-------------------------	-----------

<sup>1</sup> Conformément à l'article 25 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte.