



DT9232

## DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

**Je demande au Docteur (nom du médecin)**  
l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

**de m'administrer**

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : \_\_\_\_\_

Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**Tiers autorisé<sup>1</sup>**, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (adresse) :

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :

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

Date 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

### Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :

Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
<b>Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire<sup>2</sup> :</b>		<b>Date</b>
<b>Témoin 1:</b> Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
<b>Témoin 2:</b> Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du *Code criminel*, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut 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. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

<sup>2</sup> L'article 241.2(5) du *Code criminel* prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit 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; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.



DT9234

## AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

1. Avez-vous un lien professionnel (hiérarchique, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie au médecin qui accompagne la personne et qui vous a demandé la consultation?

Non       Oui, préciser la nature du lien et justifier

2. Avez-vous un lien professionnel (relation thérapeutique suivie, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie à la personne qui demande une aide médicale à mourir?

Non       Oui, préciser la nature du lien et justifier

3. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir?

4. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande une aide médicale à mourir?

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

5. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

Oui

Non, raison(s) invoquée(s) :

- La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
- La personne est mineure
- La personne n'est pas apte à consentir aux soins
- La personne n'est pas en fin de vie
- La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable
- Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables
- La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière libre et éclairée
- Autre(s) :

Justification si demande non admissible :

**Identification de l'avis du second médecin**

Lieu	Prénom et nom	N° de permis d'exercice			
<b>Signature</b>		<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

*Ce formulaire est versé au dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir.*