

# FORMULER

## UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Guide technique pour les  
médecins et les infirmières  
praticiennes spécialisées

Janvier 2025



## Édition

La Direction des communications  
du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :  
**[msss.gouv.qc.ca](https://msss.gouv.qc.ca)**, section **Publications**.

Dépôt légal – 2025  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-555-00368-2 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2025

## TABLE DES MATIÈRES

Informations générales .....	1
Étapes de la démarche.....	2
Accéder au formulaire de DAAMM.....	2
Remplir le formulaire de DAAMM .....	3
PROCÉDER AUX SIGNATURES .....	11
Déposer la DAAMM au registre .....	12
SUIVI DE LA DAAMM.....	12
ANNEXE 1 – NOUS JOINDRE.....	13
ANNEXE 2 – Formulaire de demande anticipée d’aide médicale à mourir .....	14

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Ce document présente la procédure technique pour le remplissage du formulaire de demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM). Considérant l'évolution constante des fonctionnalités du registre des DAAMM, nous vous invitons à utiliser la version du présent guide disponible sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Toute DAAMM doit se faire en remplissant le formulaire directement sur les services en ligne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Vous y retrouverez notamment les informations pour l'identification de la personne, le statut d'admissibilité de la personne à la RAMQ et toute autre information pertinente concernant les DAAMM pour la personne. Seuls les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) inscrits au Collège des médecins (CMQ) ou à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ainsi qu'à la RAMQ ont accès au formulaire.

Pour le moment, seuls les médecins et les IPS ont accès à la consultation du registre pour son traitement (dépôt au dossier ou pour évaluation de l'AMM) ou pour l'impression du formulaire lorsqu'une personne qui a formulé la DAAMM le demande.

Pour consulter le registre des DAAMM, veuillez vous référer au Guide d'utilisateur de la RAMQ.

### Rappel des éléments de conformité du formulaire de DAAMM

Si l'une des conditions suivantes n'est pas respectée, la demande de DAAMM sera refusée et la ou le médecin ou l'IPS devra faire une nouvelle demande. Il est à noter qu'à ce jour, au moins 30 % des DAAMM qui ont été formulées ont été refusées puisqu'un ou plusieurs éléments de conformité n'ont pas été respectés.

- Remplissage des informations au formulaire de manière numérique. Aucune saisie manuscrite n'est acceptée, à l'exception de la section des dates et des signatures ainsi que du numéro de permis d'exercice pour les IPS (voir section procéder aux signatures);
- Utilisation du formulaire de DAAMM accessible sur les services en lignes de la RAMQ;
- Date des signatures identique pour l'ensemble des signatures, conformément à l'article 29.9<sup>1</sup> de la Loi concernant les soins de fin de vie;
- Signature apposée par chacun des signataires dans l'espace respectif prévu à cette fin;
- Conformité du permis de pratique du ou de la médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée à la date de signature du formulaire de DAAMM;
- Aucun formulaire de DAAMM envoyé par courriel ne sera accepté.

La DAAMM devient applicable seulement lorsqu'elle est versée au registre.

---

<sup>1</sup> 29.9. Tous les signataires du formulaire de demande anticipée doivent être en présence les uns des autres lorsqu'ils y apposent leur signature. Un signataire peut toutefois être à distance lorsque le moyen technologique utilisé à cette fin permet à tous les signataires de s'identifier, de s'entendre et de se voir en temps réel.

## **Responsabilités du ou de la médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée en lien avec la destruction des renseignements personnels**

- Aucune copie du formulaire numérisé et signé ne peut être conservée sur l'ordinateur. Une fois que le dépôt de la DAAMM au registre est confirmé par la RAMQ, détruire toute autre copie de la DAAMM.
- Supprimer toute trace de la DAAMM numérisée de l'ordinateur utilisé.

## **Étapes de la démarche**

1. Accéder au formulaire de DAAMM
2. Remplir le formulaire de DAAMM
3. Réviser et imprimer le formulaire de DAAMM
4. Procéder aux signatures
5. Numériser et déposer le formulaire au registre

Pour toute question en lien avec la DAAMM, veuillez consulter l'**ANNEXE 1. NOUS JOINDRE**.

## **ACCÉDER AU FORMULAIRE DE DAAMM**

1. **Accéder aux services en ligne de la RAMQ DAAMM** à l'aide du processus d'authentification multifacteurs (MFA) avec l'adresse courriel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Les médecins et IPS n'ayant pas d'adresse courriel du RSSS ou ayant oublié leur mot de passe doivent s'adresser :

- **pour les médecins**, au Centre de soutien des services numériques en santé (CSSNS) du Réseau québécois de la télésanté (RQT) par le lien suivant : [Nous joindre | Réseau québécois de la télésanté \(telesantequebec.ca\)](https://telesantequebec.ca).
  - **pour les IPS**, au support informatique de leur établissement.
2. **Rechercher une personne et vérifier son identité**
    - Saisir le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui formule la demande.
    - Vérifier que les données d'identification sont exactes, incluant les nom et prénom, le NAM, la date de naissance, le sexe à la naissance, les nom et prénom du père et de la mère ainsi que l'adresse civique.

Si l'adresse civique ne correspond pas :

- aviser la personne qu'elle doit faire son changement d'adresse selon la procédure de la RAMQ ([Déménagement | RAMQ](#)). Si possible, l'encourager à le faire avant la signature de la DAAMM afin que les changements apparaissent sur le formulaire.

### 3. Confirmer l'assurabilité de la personne (admissibilité RAMQ)

Les services en ligne de la RAMQ permettent, en temps réel, de confirmer l'assurabilité de la personne au régime d'assurance maladie lors de la saisie du NAM par la ou le médecin ou l'IPS.

### 4. Accéder au formulaire de DAAMM en cliquant sur le bouton « Inscrire une nouvelle demande ».

- Le formulaire de la DAAMM, autant la version française qu'anglaise, sera accessible seulement si la personne est bel et bien assurée à la RAMQ.
- Les coordonnées de la personne ainsi que son NAM s'inscriront automatiquement dans le formulaire.
- Une copie du formulaire s'enregistrera automatiquement dans le dossier RAMQ de la personne. Il est donc possible de remplir le formulaire en un ou plusieurs rendez-vous.

## REmplir le formulaire de DAAMM

Le formulaire de DAAMM se remplit directement dans le registre. Toutes les sections et les champs obligatoires du formulaire doivent être dûment remplis avant de pouvoir imprimer celui-ci et procéder aux signatures.

Pour davantage d'information concernant le processus clinique liée à la formulation de la demande, nous vous invitons à consulter les fiches émises par les ordres professionnels sur les sites du [Collège des médecins du Québec](#) et de l'[Ordre des infirmières et infirmiers du Québec](#), ainsi qu'à suivre la formation *Principes et pratiques entourant la Loi concernant les soins de fin de vie* disponible en ligne sur l'[Environnement numérique d'apprentissage](#) (ENA) et sur l'[Environnement numérique d'apprentissage pour les partenaires hors réseau](#) (ENA partenaires).

Inscrire les informations demandées selon la séquence préétablie au registre. Cette séquence se déroule en quatre volets. Un suivi en temps réel pour chaque volet complété sera effectué et un indicateur s'affichera si des informations obligatoires sont manquantes. Si les informations sont complètes, un crochet vert apparaîtra. Pour procéder à l'impression du formulaire une fois rempli, chaque volet obligatoire devra être marqué d'un crochet vert.

Québec Régie de l'assurance maladie JONH SMITH

BETA Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos [commentaires](#)

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

Rechercher un usager

Nathalie Tremblay  
 Numéro d'assurance maladie : LARA 9705 2618 | Date de naissance : 1997-05-26

← Retour à la fiche de l'usager

### Inscrire une demande

#### Signataires

**Nathalie Tremblay**  
PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

Langue  
 Tiers autorisé

Ajouter

**Attestation**  
NOTAIRE

ou

TEMPS  
 Prénom  
 Nom

Ajouter

**Tiers de confiance**  
TIER DE CONFIANCE

Prénom  
 Nom  
 Courriel

Ajouter

#### Renseignements sur la demande

**Formulaire**

Description des manifestations cliniques  
 Description médicale des manifestations cliniques  
 Prénom  
 Respect des manifestations cliniques

Ajouter

## Premier volet

Langue dans laquelle la demande doit être inscrite :

- Indiquer si vous souhaitez accéder à la version française ou anglaise du formulaire.

Tiers autorisé :

- Cette section du premier volet doit être remplie uniquement si la personne formulant la demande ne peut la consigner dans ce formulaire ou la dater et la signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence.

Le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte.

Québec Régie de l'assurance maladie JONH SMITH

**BETA** Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos [commentaires](#).

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

Rechercher un usager

**Nathalie Tremblay**  
 Numéro d'assurance maladie : LARA 9705 2618 | Date de naissance : 1997-05-26

[Retour à la page principale](#)

### Personne formulant la demande

Dans quelle langue la demande doit-elle être inscrite?

Français  
 Anglais

**Tiers autorisé** (facultatif)

Cette section doit être remplie uniquement si la personne ne peut consigner la demande ou la date et la signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence

Prénom

Nom

Donner mon avis  
 Aide

Lorsque l'ensemble des informations demandées sont inscrites, cliquez sur « Enregistrer » ou « Retour à la page principale », l'indicateur de crochet vert apparaîtra. Un code d'erreur précisant l'information manquante s'affichera, le cas échéant.

**Nathalie Tremblay**  
 PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

*Français*  
*Avec tiers autorisé*

## Second volet

Indiquer si la DAAMM est effectuée devant témoins ou par acte notarié. Si la DAAMM est effectuée devant témoins, ceux-ci doivent être identifiés.

### Les témoins :

- Les témoins attestent que la personne formulant la demande déclare qu'il s'agit de sa DAAMM. Ceux-ci ne sont pas requis lors d'une DAAMM effectuée par acte notarié.



- Un témoin ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte. Il ne peut non plus être désigné à titre de tiers de confiance dans la demande ou agir à titre de médecin ou d'IPS aux fins de l'administration de l'aide médicale à mourir à la personne.

Québec Régie de l'assurance maladie JONH SMITH

**BETA** Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos [commentaires](#).

**Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir**

Rechercher un usager

**Nathalie Tremblay**  
 Numéro d'assurance maladie: LARA 9705 2678 | Date de naissance: 1997-05-26

Retour à la page principale

### Attestation

**i** La demande doit obligatoirement être attestée par un notaire ou par deux témoins.

**Notaire**

La demande est notariée.

**Premier témoin**

**i** Un témoin ne peut être un mineur ou un majeur inapte. Il ne peut non plus être désigné à titre de tiers de confiance dans la demande ou agir à titre de professionnel compétent aux fins de l'administration de l'aide médicale à mourir à la personne.

Prénom

Nom

**Deuxième témoin**

Prénom

Nom

Enregistrer

Donner mon avis  
 Aide

Lorsque l'ensemble des informations demandées sont inscrites, cliquez sur « Enregistrer » ou « Retour à la page principale ». Si l'information est complète, l'indicateur de crochet vert apparaîtra. Un code d'erreur précisant l'information manquante s'affichera le cas échéant.

**Nathalie Tremblay**  
 PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE  
 Français  
 Avec tiers autorisé  
 Modifier

**Emmanuel-Alexandre Dufour-Castonguay**  
 TEMOIN 1  
**Marie-Louise Tremblay**  
 TEMOIN 2  
 Modifier

**Nathalie Tremblay**  
 PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE  
 Français  
 Avec tiers autorisé  
 Modifier

**Demande notariée**  
 NOTAIRE  
 Modifier

OU

### Troisième volet

Inscription et identification du ou des tiers de confiance, le cas échéant. Ceux-ci doivent obligatoirement indiquer deux moyens de communication pour les joindre.

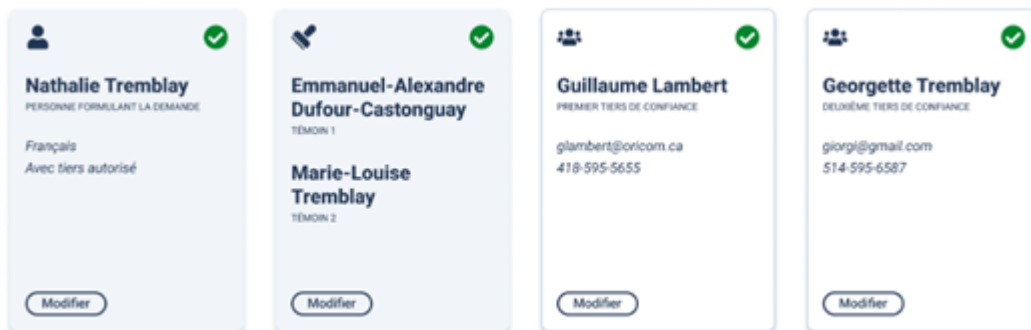
#### Le tiers de confiance :

Si la personne le souhaite, elle peut identifier un ou deux tiers de confiance.

Le tiers de confiance ne peut être une personne mineure ou une personne majeure inapte.

The image shows two screenshots of the 'Régie de l'assurance maladie' website. Both screenshots are for the user 'Nathalie Tremblay' and show the 'Tiers de confiance' (Trustees) section. The left screenshot is for the 'Premier tiers de confiance' (First trustee) and the right is for the 'Deuxième tiers de confiance' (Second trustee). Both forms include fields for 'Identification' (Prénom, Nom, Lien avec la personne formulant la demande) and 'Coordonnées' (Numero de téléphone principal, Numero de téléphone secondaire, Adresse courriel, Adresse postale, Ville, Code postal). A 'Crochet vert' (green checkmark) is visible in the top right corner of each form, indicating that the information is complete.

Lorsque l'ensemble des informations demandées sont inscrites, cliquez sur « Enregistrer » ou « Retour à la page principale ». Si l'information est complète, l'indicateur de crochet vert apparaîtra. Un code d'erreur précisant l'information manquante s'affichera le cas échéant.



## Quatrième volet

### Section 1 : Informations relatives au diagnostic de la maladie grave menant à l'inaptitude

Cette section du quatrième volet recueille les renseignements concernant le diagnostic permettant de formuler une DAAMM.

- Le diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins. Inscrire les premières lettres du diagnostic ou un mot-clé afin de sélectionner le diagnostic dans le menu déroulant. Si des précisions en lien avec le diagnostic sont nécessaires, il faut les inscrire dans le champ « Préciser au besoin ».
- La date du diagnostic.
- Le nom de la professionnelle ou du professionnel de la santé ayant posé le diagnostic si celui-ci est connu.
- Le champ « Préciser au besoin » permet de documenter les informations complémentaires ou de préciser des éléments en lien avec le diagnostic pouvant être utiles pour soutenir la ou le médecin ou l'IPS au moment d'évaluer la demande d'administration de l'aide médicale à mourir (AMM).

### Section 2 : Informations provenant de la personne concernant les manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins

- Documenter les manifestations que la personne a identifiées par elle-même comme étant celles qui devront conduire à l'expression de son consentement à ce que l'AMM lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues à la Loi seront satisfaites.

Ces manifestations doivent être dictées par la personne qui est accompagnée par une professionnelle ou un professionnel permettant le partage d'informations pertinentes à sa réflexion. **La description des manifestations cliniques doit être transcrite dans les mots de la personne qui formule la DAAMM et devront être observables au moment de l'évaluation d'une ou d'un médecin ou d'une IPS en vue de l'administration de l'AMM.**

### Section 3 : Description médicale des manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande et qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande

Cette section du quatrième volet doit contenir une description complémentaire, à **caractère médical**, qui précise les manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande.

- Inscrire la description médicale des manifestations cliniques comme décrites par la personne à la section 2.

### Section 4 : Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande

Cette section doit obligatoirement être remplie par la ou le médecin ou l'IPS.

- Attester que les manifestations décrites par la personne sont liées à sa maladie et qu'elles sont observables par une ou un médecin ou une IPS en cochant la case prévue à cet effet.
- Justifier dans le champ "Préciser au besoin".

Québec Régie de l'assurance maladie JONH SMITH

BETA Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos commentaires

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

Rechercher un usager

Nathalie Tremblay  
 Numéro d'assurance maladie: LABA 9705 2618 | Date de naissance: 1997-05-26

Retour à la page principale

### Renseignement de la demande

#### Informations relatives au diagnostic reçu par l'usager formulant la demande

- Maladie grave et incurable menant à l'incapacité de consentir aux soins.

**Diagnostic**

Rechercher un diagnostic

**Date du diagnostic**

AAAA-MM-JJ

**Nom du professionnel qui a posé le diagnostic**

Sylvain Duclos

**Autres informations** (facultatif)

5000 caractères de 5000 restants

**Description faite par l'usager formulant la demande des manifestations cliniques liées à sa maladie. Celles-ci devront être considérées une fois que l'usager sera devenu incapable de consentir aux soins et qu'un professionnel compétent constatera qu'il présente ces manifestations, comme l'expression de son consentement à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la loi seront satisfaites.**

- Information provenant de l'usager qui fait la demande avec le soutien du professionnel par le partage d'information pertinente à sa réflexion.

5000 caractères de 5000 restants

**Description médicale des manifestations cliniques décrites par l'usager formulant la demande. Elles devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande.**

- Cette section doit contenir une description complémentaire à caractère médical, qui précise les manifestations cliniques décrites par l'usager formulant la demande (voir section 2). Cette description doit être fidèle à la description des manifestations décrites par l'usager (section 2) et permettre aux professionnels compétents qui feront le suivi de la demande d'évaluer cliniquement les manifestations décrites.

5000 caractères de 5000 restants

**Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par l'usager formulant la demande.**

- Section pour le professionnel compétent.
- Je me suis assuré, en tant que professionnel compétent, que les manifestations cliniques décrites par l'usager formulant la demande sont médicalement reconnues comme pouvant être liées à sa maladie. Ces dernières sont observables par un professionnel compétent qui aurait à les constater avant d'administrer l'aide médicale à mourir.

**Préciser au besoin** (facultatif)

5000 caractères de 5000 restants

Enregistrer

Lorsque l'ensemble des informations demandées sont inscrites, cliquez sur « Enregistrer » ou « Retour à la page principale ».

Si l'information est complète, l'indicateur de crochet vert apparaîtra. Un code d'erreur précisant l'information manquante s'affichera, le cas échéant. Un encadré mentionnant que toutes les informations requises ont été inscrites s'affichera.

Québec Régie de l'assurance maladie JONH SMITH

BETA Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos commentaires.

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

Rechercher un usager

Nathalie Tremblay  
Numéro d'assurance maladie : LARA 9705 2618 | Date de naissance : 1997-05-26

Retour à la fiche de l'utilisateur

### Inscrire une demande

Toutes les informations requises ont été fournies. [Préparer la demande pour impression](#)

#### Signataires

- Nathalie Tremblay**  
PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE  
Français  
Avec tiers autorisé  
[Modifier](#)
- Emmanuel-Alexandre Dufour-Castonguay**  
TÉMOIN 1  
**Marie-Louise Tremblay**  
TÉMOIN 2  
[Modifier](#)
- Guillaume Lambert**  
TIER TIER DE CONFIANCE  
glambert@oricom.ca  
418-595-5655  
[Modifier](#) [Supprimer](#)
- Georgette Tremblay**  
2E TIER DE CONFIANCE  
giorgi@gmail.com  
514-595-6587  
[Modifier](#) [Supprimer](#)

#### Renseignements de la demande

- Formulaire**  
Diagnostic  
Description des manifestations cliniques  
Lorem ipsum  
Mi habitant purus  
Tortor potenti vitae mauris dis  
[Modifier](#)

## RÉVISER ET IMPRIMER LE FORMULAIRE DE DAAMM

Le formulaire de la DAAMM dûment rempli doit être imprimé en cliquant sur le bouton « Préparer la demande pour impression ». Un formulaire en format PDF sera alors généré par le registre. Effectuer la révision du formulaire avec la personne afin de vous assurer que les informations inscrites sont justes. À ce moment, vous avez la possibilité de retourner dans le formulaire sur le registre pour apporter les modifications, le cas échéant. Aucune information ne doit être ajoutée de façon manuscrite.

Une fois les informations vérifiées, cochez la case prévue à cette fin. Le bouton « Imprimer la demande » s'activera et vous serez en mesure d'imprimer celle-ci pour procéder aux signatures.

Québec Régie de l'assurance maladie JOHN SMITH

**BETA** Vous utilisez un nouveau registre. Aidez-nous à l'améliorer en nous donnant vos [commentaires](#).

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

Rechercher un usager

**Nathalie Tremblay**  
 Numéro d'assurance maladie : LARA 9705 2618 | Date de naissance : 1997-05-26

[Retour à la page principale](#)

### Récapitulatif

Vous devez imprimer et faire signer la demande par l'usager qui la formule. Vous pourrez par la suite la déposer au registre.

Je me suis assuré que les informations saisies sont exactes.

[Imprimer la demande](#) [Téléverser la demande](#)

## PROCÉDER AUX SIGNATURES

Lors des signatures, toutes les personnes signataires du formulaire de la DAAMM doivent être en présence les unes des autres au même endroit lorsqu'elles apposent leur signature.

Pour les IPS, le numéro de permis d'exercice ne s'inscrira pas automatiquement dans le champ prévu à cet effet. Celui-ci devra être inscrit lisiblement, de manière manuscrite lors de la signature.

**La Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) exige que les signatures soient apposées dans l'ordre suivant :**

1. La personne ou le tiers autorisé;
2. Le ou les tiers de confiance (maximum de deux), seulement si la personne le souhaite (facultatif);
3. Les témoins (deux obligatoires si la demande n'est pas faite par acte notarié);
4. La ou le médecin ou l'IPS.

## DÉPOSER LA DAAMM AU REGISTRE

1. **Numériser le formulaire signé** selon la procédure interne du traitement des documents sensibles de votre établissement.
  - S'assurer que le document PDF de la DAAMM numérisé est lisible, complet et bien identifié au nom de la personne qui formule la demande.
  - Aucune information manuscrite ne doit être ajoutée au formulaire, sans quoi, la demande sera automatiquement refusée.
2. Se connecter aux services en ligne de la RAMQ et accéder au registre selon la procédure décrite précédemment.
3. Entrer le NAM de la personne qui formule la DAAMM.
4. Cliquer sur le bouton « Modifier le brouillon » afin de revoir chaque étape du formulaire jusqu'à la page offrant la possibilité de téléverser celui-ci.
5. Téléverser le document numérisé en suivant les indications et en vous assurant qu'il s'agit du bon document. Un format PDF maximum de 40 Mo peut être téléversé.
6. Cliquer sur le bouton « Déposer la demande ».

Déposer la copie originale de la DAAMM dûment signée au dossier de la personne (LCSFV, art.32)<sup>2</sup>. Aucune copie de la DAAMM ne doit être remise à la personne. La RAMQ acheminera une copie de celle-ci à la personne par envoi postal.

## SUIVI DE LA DAAMM

Comme le ou la médecin ou l'IPS effectue lui-même ou elle-même le dépôt de la DAAMM au registre, aucune confirmation du dépôt de la DAAMM au registre ne sera transmise au ou à la médecin ou à l'IPS.

Advenant le refus d'une DAAMM en raison de la non-conformité du formulaire, une correspondance précisant les motifs du refus sera transmise au ou à la médecin ou à l'IPS à son adresse courriel sécurisée du RSSS (@ssss.gouv.qc.ca, @sante.quebec, @msss.gouv.qc.ca, etc.) dans un délai estimé à entre 5 à 10 jours ouvrables. Une correspondance sera également transmise à la personne par courrier postal afin de l'informer du refus, d'où l'importance de la présence des coordonnées à jour dans le dossier RAMQ de la personne. Une nouvelle demande devra alors être formulée.

---

<sup>2</sup> [s-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie \(gouv.qc.ca\)](#)

## **ANNEXE 1 – NOUS JOINDRE**

### **SERVICES EN LIGNE RAMQ**

Obtenir du soutien technique pour les services en ligne aux médecins ou aux IPS

[Obtenir du soutien technique pour un service en ligne | Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\) \(gouv.qc.ca\)](https://www.gouv.qc.ca/ramq)

### **COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC**

Sans frais : 1 888 MÉDECIN (633-3246)

[info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

[Nous joindre | Collège des médecins du Québec \(cmq.org\)](https://www.cmq.org)


### **ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC**

Sans frais : 1 800 363-6048

[Contactez-nous | OIIQ](https://www.oiiq.org)



## ANNEXE 2 – EXEMPLES DE FORMULAIRE DE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE)



**DEMANDE ANTICIPÉE  
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.

**FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION  
SEULEMENT**

**1- Informations relatives au diagnostic reçu par la personne formulant la demande (Maladie grave et incurable menant à l'incapacité à consentir aux soins)**

Diagnostic	Date du diagnostic
	Année Mois Jour
Nom du professionnel ayant posé le diagnostic	
Préciser au besoin	

**2- Description par la personne formulant la demande des manifestations cliniques liées à sa maladie qui devront être considérées une fois qu'elle sera devenue inapte à consentir aux soins et qu'un professionnel compétent constatera qu'elle présente ces manifestations, comme l'expression de son consentement à ce que l'aide médicale à mourir lui soit administrée lorsque toutes les conditions prévues par la loi seront satisfaites. (Informations provenant de la personne qui fait la demande)**

**FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT**

4564 229 24/11

DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

1 de 5

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

**3- Description médicale des manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande et qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande. (Informations provenant du professionnel compétent)**

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

**4- Respect des conditions relatives aux manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande. (Section pour le professionnel compétent)**

- Je me suis assuré, en tant que professionnel compétent, que les manifestations cliniques décrites par la personne formulant la demande (voir section 2) sont médicalement reconnues comme pouvant être liées à sa maladie et qu'elles sont observables par un professionnel compétent qui aurait à les constater avant d'administrer l'aide médicale à mourir.

Préciser au besoin

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

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

**5- Signatures****Personne formulant la demande**

Je reconnais que j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec les personnes de mon choix, parmi les professionnels qui me traitent ou me soignent, au sujet de ma demande.

J'ai pu discuter de ma demande avec mes proches ou toute autre personne avec qui je l'ai souhaité.

Je comprends bien l'évolution possible de ma maladie et je reconnais que les alternatives possibles à l'aide médicale à mourir m'ont été présentées, notamment des possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences.

Je reconnais que le professionnel compétent m'a expliqué les conditions dans lesquelles je pourrai recevoir l'aide médicale à mourir, soit que :

- la demande anticipée ne mènera pas automatiquement à ce que l'aide médicale à mourir me soit administrée;
- la présence récurrente des manifestations cliniques que j'ai identifiées ne permettra pas à elle seule de m'administrer l'aide médicale à mourir;
- l'aide médicale à mourir pourra m'être administrée seulement si, en plus des autres conditions prévues à la loi, deux professionnels compétents sont d'avis que j'éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées tolérables.

Je reconnais que le professionnel compétent m'a expliqué qu'il m'est possible de retirer ou de modifier ma demande ainsi que les conditions et modalités applicables à ce retrait ou cette modification.

J'ai obtenu les réponses à mes questions et je fais cette demande anticipée d'aide médicale à mourir de façon libre et éclairée, sans pressions extérieures.

Signature de la personne

Année Mois Jour

**Signature du tiers autorisé** aucun tiers autorisé

*(Optionnel : Cette section doit être remplie uniquement si la personne formulant la demande ne peut la consigner dans ce formulaire ou la dater et la signer parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence.)*

Prénom

Nom

FORMULAIRE NON VALIDE

Signature

À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

Année Mois Jour

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

**5- Signatures (suite)**

**Tiers de confiance désigné(s) par la personne formulant la demande**
 aucun tiers de confiance

**Tiers de confiance**

FORMULAIRE NON VALIDE  
 À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

Prénom	Nom
Lien avec la personne formulant la demande	

**Second tiers de confiance désigné pour remplacer le premier si celui-ci est décédé, qu'il est empêché de jouer son rôle, qu'il refuse ou qu'il néglige de le faire**

Prénom	Nom
Lien avec la personne formulant la demande	

Je comprends mes responsabilités en tant que tiers de confiance, soit d'aviser un professionnel de la santé ou des services sociaux qui dispense des soins à la personne qui fait cette demande anticipée d'aide médicale à mourir, lors de l'une ou l'autre de ces situations :

- lorsque cette personne sera devenue inapte à consentir aux soins, pour l'informer de l'existence de cette demande ou lui en rappeler l'existence;
- lorsque je croirai que la personne formulant la demande présente les manifestations cliniques liées à sa maladie et décrites dans sa demande;
- lorsque je croirai que la personne formulant la demande éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes et insupportables.

Signature du tiers de confiance	Année    Mois    Jour             
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	
Signature du second tiers de confiance	Année    Mois    Jour             

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

**5- Signatures (suite)**

Témoins

 acte notarié (témoins non requis)

La personne formulant la demande anticipée d'aide médicale à mourir a déclaré, en présence des témoins, que le présent formulaire constitue sa demande anticipée d'aide médicale à mourir.

**Témoïn n° 1**

Prénom	Nom
Signature	
	Année Mois Jour

**Témoïn n° 2**

Prénom	Nom
Signature	
	Année Mois Jour

**Professionnel compétent** Md  IPS

Je suis d'avis que la personne satisfait aux critères suivants pour faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir :

- la demande est faite de façon libre et éclairée et ne résulte pas de pressions extérieures;
- la personne comprend bien la nature de son diagnostic et est informée de l'évolution possible de la maladie, du pronostic, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- la personne a eu l'occasion de s'entretenir avec les membres de l'équipe de soins en contact régulier avec elle, le cas échéant;
- la personne a eu l'occasion de s'entretenir avec ses proches ou toute autre personne qu'elle a identifiée, si elle le souhaitait;
- la personne est jugée apte à consentir aux soins au moment de sa demande.

Prénom	Nom
N° de permis d'exercice	
Signature	
	Année Mois Jour

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION



**ADVANCE REQUEST  
MEDICAL AID IN DYING**

Last Name			
First Name			
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT			
Year	Month	Day	Sex of Birth
Health Insurance N°		Expiration	Year Month
Address			
Postal Code		Telephone N°	Area Code

**1- Information on the diagnosis received by the person making the request (Serious and incurable illness leading to incapacity to consent to care)**

Diagnosis	Date of diagnosis	Year	Month	Day
Name of professional who made the diagnosis				
Specify if necessary				
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT				

**2- Description by the person making the request of the clinical manifestations related to his or her illness that are to be considered, once he or she has become incapable of consenting to care and a qualified professional has ascertained that he or she has these manifestations, as an expression of his or her consent to medical aid in dying being administered to him or her once all the conditions stipulated by law have been met. (Information from the person making the request)**

FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT
--

User Name	File No
-----------	---------

**3- Medical description of the clinical manifestations described by the person making the request and to be considered as part of the follow-up to be given to the request. (Information from the qualified professional)**

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

**4- Compliance with the conditions relating to the clinical manifestations described by the person making the request. (Section for the qualified professional)**

I have made sure, as a qualified professional, that the clinical manifestations described by the person making the request (see section 2) are medically recognized as possibly related to his or her illness and that they are observable by a qualified professional who would have to observe them before administering medical aid in dying.

Specify if necessary

FORMULAIRE NON VALIDE  
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

User Name	File N°
-----------	---------

**5- Signatures**

**Person making the request**

I acknowledge that I have had the opportunity to speak with the people of my choice, among the professionals who treat or care for me, about my request.

I have been able to discuss my request with my loved ones or any other person with whom I have wished to do so.

I fully understand the possible course of my illness and I acknowledge that the possible alternatives to medical aid in dying have been presented to me, including possible therapeutic options and their consequences.

I acknowledge that the qualified professional has explained to me the conditions under which I will be able to receive medical assistance in dying, namely that:

- an anticipated request will not automatically lead to the administration of medical aid in dying;
- the recurrent presence of the clinical manifestations I have identified will not in itself allow me to receive medical assistance in dying;
- medical aid in dying may be administered only if, in addition to the other conditions stipulated in the law, two qualified professionals are of the opinion that I am experiencing persistent, unbearable physical or psychological suffering that cannot be alleviated under conditions deemed tolerable.

I acknowledge that the qualified professional has explained to me the possibility of withdrawing or modifying my request, as well as the terms and conditions applicable to such withdrawal or modification.

I have obtained answers to my questions, and I am making this request for medical assistance in dying in a free and informed manner, without external pressure.

Signature of the person	FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	Year	Month	Day

<b>Signature of authorized third party</b>	<input type="checkbox"/> No authorized third party
<i>(Optional: This section should be completed only if the person making the request is unable to write or date and sign on this form because he/she cannot write or is physically unable to do so, and a third party does so for him/her in his/her presence.)</i>	

First Name	Last Name	Year	Month	Day
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT				
Signature				



User Name	File N°
-----------	---------

**5- Signatures (cont'd)**

Trusted Third Party(ies) Designated by the Person Making the Request  no trusted third party

**Trusted Third Party**

First Name	Last Name
------------	-----------

Relationship with applicant

**Second trusted third party appointed to replace the first if the latter has died, is prevented from fulfilling his role, refuses or neglects to do so.**

First Name	Last Name
------------	-----------

Relationship with applicant

I understand my responsibilities as a trusted third party to notify a health or social services professional who provides care to the person making this advance request for medical assistance in dying, in any of the following situations:

- when the person has become unfit to consent to care, to inform or remind him or her of the existence of this request;
- when I believe that the person making the request has the clinical manifestations related to his or her illness and described in the request;
- when I believe that the person making the request is experiencing persistent and unbearable physical or psychological suffering.

Trusted third party signature	Year    Month    Day
-------------------------------	----------------------

Signature of second trusted third party	Year    Month    Day
---	----------------------

User Name	File N°
-----------	---------

**5- Signatures (cont'd)**

**Witnesses**  Notarial Deed (no witnesses required)

The person making the anticipated request for medical assistance in dying has declared, in the presence of witnesses, that this form constitutes his or her anticipated request for medical assistance in dying.

**Witness n° 1**

First Name	Last Name
------------	-----------

Signature	Year	Month	Day
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	_	_	_

**Witness n° 2**

First Name	Last Name
------------	-----------

Signature	Year	Month	Day
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	_	_	_

**Qualified Professional**

Md  IPS

I am of the opinion that the person meets the following criteria to make an anticipated request for medical assistance in dying:

- the request is made in a free and informed manner and is not the result of external pressure;
- the person fully understands the nature of his or her diagnosis and has been informed of the possible course of the disease, the prognosis, possible therapeutic options and their consequences;
- the person has had the opportunity to talk to the members of the care team in regular contact with him/her, if applicable;
- the person has been given the opportunity to speak with his or her next of kin or any other person he or she has identified, if he or she so wishes;
- the person is deemed capable of consenting to care at the time of the request.

First Name	Last Name
------------	-----------

Permit to Practice N°
-----------------------

Signature	Year	Month	Day
FORMULAIRE NON VALIDE À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	_	_	_

