



DT9623

**Formulaire fourni à titre informatif,
pour être valide le document doit être rempli en ligne.**

**DEMANDE ANTICIPÉE
D'AIDE MÉDICALE À MOURIR**

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

1- Informations relatives au diagnostic reçu par la personne formulant la demande

(Maladie grave et incurable menant à l'inaptitude à consentir aux soins)

Diagnostic :

Date du diagnostic :

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)

Nom de l'utilisateur

N° d'assurance maladie

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)

DOCUMENT NON-VALIDE

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 :

Nom de l'usager	N° d'assurance maladie
-----------------	------------------------

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	Date	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
--------	-----

Signature	Date	Année	Mois	Jour
-----------	------	-------	------	------

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

aucun tiers de confiance

Tiers de confiance :

Prénom :

Nom :

Lien avec la personne formulant la demande :

Adresse

Numéro (s) de téléphone) 1-

2-

Courriel

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 :

Adresse

Numéro (s) de téléphone) 1-

2-

Courriel

Nom de l'usager	N° d'assurance maladie
-----------------	------------------------

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		Date	Année	Mois	Jour
--	--	-------------	-------	------	------

Signature du second tiers de confiance		Date	Année	Mois	Jour
---	--	-------------	-------	------	------

Témoins	<input type="checkbox"/> 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 no 1 :

Prénom	Nom
--------	-----

Signature		Date	Année	Mois	Jour
------------------	--	-------------	-------	------	------

Témoïn no 2 :

Prénom	Nom
--------	-----

Signature		Date	Année	Mois	Jour
------------------	--	-------------	-------	------	------

Professionnel compétent	<input type="checkbox"/> Md <input type="checkbox"/> 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	No de permis d'exercice
--------	-----	-------------------------

Signature		Date	Année	Mois	Jour
------------------	--	-------------	-------	------	------