



Guide technique pour les
médecins et les infirmières
praticiennes spécialisées

Octobre 2024

RETIRER

UNE DEMANDE ANTICIPÉE
D'AIDE MÉDICALE
À MOURIR



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, section **Publications**.

Dépôt légal – 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98933-2 (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, 2024

TABLE DES MATIERES

Informations générales	1
Récupérer le formulaire de retrait	2
Remplir le formulaire de retrait	3
Transmettre le formulaire à la RAMQ	4
Retirer la DAAMM du registre.....	4
Faire le suivi du retrait de la DAAMM	4
ANNEXE 1 – Nous joindre	5
ANNEXE 2 – Formulaire de retrait d’une demande anticipée d’aide médicale à mourir	6

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Ce document présente la procédure technique pour le remplissage du formulaire de retrait de demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM).

Toute demande de retrait d'une DAAMM doit se faire 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 au registre, la version conforme et à jour du formulaire de retrait ainsi que l'accès à certaines informations à transcrire dans le formulaire (informations inscrites dans la demande anticipée concernée par le retrait). Une DAAMM déposée au registre peut être consultée en tout temps par une ou un médecin ou une IPS, qu'il ait accompagné ou non la personne à la formuler.

Pour modifier une DAAMM, vous n'avez pas à compléter un formulaire de retrait. La modification d'une DAAMM est possible par le remplissage d'une nouvelle demande. Cette nouvelle demande remplacera celle qui est au registre.

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.

Rappel des éléments de conformité du formulaire de retrait d'une DAAMM

- 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;
- Utilisation du formulaire de retrait de la DAAMM accessible sur les services en lignes de la RAMQ;
- Validation de la conformité du permis de pratique de la ou du médecin ou de l'IPS à la date de signature du formulaire du retrait de la DAAMM.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, la demande de retrait sera refusée et retournée à la ou au médecin ou à l'IPS qui devra faire une nouvelle demande de retrait.

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

- Aucune copie du formulaire signé ne peut être conservé sur l'ordinateur. Une fois que le retrait de la DAAMM au registre est confirmé, toute autre copie doit être détruite.
- Supprimer toute trace de la demande de retrait de la DAAMM de l'ordinateur utilisé, tel que le document joint dans le ou les courriels, ou tout autre endroit.

* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

Étapes de la démarche

1. Récupérer le formulaire de retrait d'une DAAMM.
2. Remplir le formulaire de retrait.
3. Transmettre le formulaire de retrait à la RAMQ.
4. Clore la démarche de remplissage du formulaire de retrait.
5. Retirer la DAAMM du registre.

Pour toutes questions sur la DAAMM, consultez l'**Annexe 1 - Nous joindre**.

RÉCUPÉRER LE FORMULAIRE DE RETRAIT

1. **Accéder aux services en ligne de la RAMQ (SEL) DAAMM** avec processus d'authentification MFA (multifacteurs) via l'adresse du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).
2. **Rechercher une personne et vérifier son identité :**

- Saisir le numéro d'assurance maladie (NAM) de la personne qui formule la demande de retrait.
- 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](#)).
- Confirmer si la personne accepte ou non de recevoir un suivi de sa demande par courrier postal, incluant une copie officielle de sa DAAMM.

Si elle refuse l'envoi postal :

- aviser la RAMQ par courriel lors de l'envoi du formulaire de retrait. Lorsque la DAAMM sera retirée du registre, la personne pourra alors obtenir une copie imprimée de sa demande de retrait lors d'un rendez-vous avec la ou le médecin ou l'IPS qui l'a accompagnée ou tout autre médecin ou IPS.

3. **Télécharger le formulaire** dans un ordinateur.

- Le formulaire de retrait d'une DAAMM est disponible en français et en anglais selon le désir de la personne qui effectue la demande de retrait.
- Chaque demande exige de télécharger le formulaire par l'entremise des services en ligne afin d'obtenir la dernière version du formulaire.

* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

REEMPLIR LE FORMULAIRE DE RETRAIT

Toutes les sections du formulaire doivent être dûment remplies.

Inscrire l'ensemble des coordonnées comme cela est décrit dans le formulaire. S'assurer d'inscrire l'adresse civique qui est à jour.

Section 1 : Informations relatives à la demande anticipée d'aide médicale à mourir faisant l'objet de la demande de retrait

Cette section recueille les renseignements concernant la DAAMM officielle de la personne qui figure au registre.

- * Le diagnostic identifié dans la DAAMM.
- * La date de la DAAMM au registre.
- * Le nom de la ou du médecin ou de l'IPS ayant signé la demande anticipée.

Section 2 : Retrait de la demande anticipée d'aide médicale à mourir par la personne

Cette section permet d'identifier les informations du signataire et de procéder à la signature du retrait de la DAAMM.

- Le formulaire de retrait dûment rempli doit être imprimé.
 - * La personne qui demande le retrait de sa DAAMM doit signer la section 2 et y inscrire la date.
- Si un tiers autorisé est requis, il doit inscrire son nom, son prénom, la date et apposer sa signature.

Le tiers autorisé est requis 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 majeure inapte.

Section 3 : Attestation du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée relativement à la demande de retrait de la personne

Cette section permet d'identifier les informations de la ou du médecin ou de l'IPS et de procéder à la signature du retrait de la DAAMM.

- La ou le médecin ou l'IPS doit remplir à l'ordinateur son nom, son prénom et son numéro de permis d'exercice puis apposer sa signature et inscrire la date.

* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

TRANSMETTRE LE FORMULAIRE À LA RAMQ

1. Numériser le formulaire en format PDF selon la procédure interne du traitement des documents sensibles de votre établissement.
2. Transmettre la demande de retrait de la DAAMM dûment remplie et signée à la RAMQ.
 - S'assurer que le document PDF de DAAMM numérisé est lisible et complet.
 - Transmettre le formulaire de retrait de la DAAMM numérisé à la RAMQ à l'adresse courriel suivante : receptionDAAMM@ramq.gouv.qc.ca.
 - **Conformément aux directives ministérielles liées à la sécurité de l'information, l'utilisation d'adresse courriel du RSSS (@ssss.gouv.qc.ca, @sante.quebec ou @msss.gouv.qc.ca) est obligatoire.**
 - Déposer la copie originale du formulaire de retrait dûment signé au dossier de la personne (LCSFV, art.32)¹.

La RAMQ transmettra un accusé de réception à cette même adresse. L'accusé de réception confirme uniquement la réception du courriel contenant la demande de retrait de la DAAMM. Un autre courriel sera envoyé lorsque la demande de retrait aura été analysée et qu'elle sera déposée au registre. Advenant le cas où aucun avis de réception n'est reçu, vérifier que l'adresse courriel utilisée pour transmettre la demande de retrait correspond à l'adresse courriel du RSSS (@ssss.gouv.qc.ca, @sante.quebec ou @msss.gouv.qc.ca).

Les médecins ou les 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 \(telesantequebec.ca\)](#).
- **pour les IPS**, au support informatique de leur établissement.

RETIRER LA DAAMM DU REGISTRE

La DAAMM sera retirée du registre lorsque le formulaire de demande de retrait aura été traité et jugé conforme dans un délai estimé à entre 5 à 10 jours ouvrables.

FAIRE LE SUIVI DU RETRAIT DE LA DAAMM

La confirmation du retrait de la DAAMM au registre sera transmise au médecin ou à l'infirmière praticienne spécialisée à son adresse courriel sécurisée du RSSS (@ssss.gouv.qc.ca, @sante.quebec ou @msss.gouv.qc.ca) dans un délai estimé à entre 5 à 10 jours ouvrables.

Advenant le refus d'une demande de retrait d'une DAAMM en raison de la non-conformité du formulaire de retrait, les motifs seront communiqués par le courriel sécurisé du RSSS avec la copie du formulaire non conforme.

¹[s-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie \(gouv.qc.ca\)](#)

* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

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



[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 – FORMULAIRE DE RETRAIT D'UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

	 DT9623	Effacer Imprimer Enregistrer																																																
RETRAIT D'UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4">Nom</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">FORMULAIRE NON VALIDE</td></tr> <tr><td colspan="4">Prénom</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT</td></tr> <tr><td colspan="2">Date de naissance</td><td>Année</td><td>Mois</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td><td>Jour</td></tr> <tr><td colspan="2">N° d'assurance maladie</td><td>Expiration</td><td>Mois</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td><td>Année</td></tr> <tr><td colspan="2">Adresse</td><td colspan="2">Code postal</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2">N° de téléphone</td><td>Ind. rég.</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr> </table>	Nom				FORMULAIRE NON VALIDE				Prénom				À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT				Date de naissance		Année	Mois				Jour	N° d'assurance maladie		Expiration	Mois				Année	Adresse		Code postal						N° de téléphone		Ind. rég.					
Nom																																																		
FORMULAIRE NON VALIDE																																																		
Prénom																																																		
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT																																																		
Date de naissance		Année	Mois																																															
			Jour																																															
N° d'assurance maladie		Expiration	Mois																																															
			Année																																															
Adresse		Code postal																																																
N° de téléphone		Ind. rég.																																																
1. Informations relatives à la demande anticipée d'aide médicale à mourir faisant l'objet de la demande de retrait																																																		
Diagnostic identifié dans la demande anticipée : _____																																																		
Date de la demande anticipée : _____																																																		
Nom du professionnel compétent ayant signé la demande anticipée : _____																																																		
2. Retrait de la demande anticipée d'aide médicale à mourir par la personne <i>(Section à remplir par la personne qui fait la demande)</i>																																																		
Je demande le retrait de la demande anticipée d'aide médicale à mourir visée à la section 1.																																																		
Signature de la personne		Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Année	Mois	Jour																																													
Année	Mois	Jour																																																
Signature du tiers autorisé		<input type="checkbox"/> aucun tiers autorisé																																																
<small>(Optionnel : Cette section doit être remplie uniquement si la personne qui formule une demande de retrait de sa demande anticipée 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.)</small>																																																		
Prénom	Nom																																																	
FORMULAIRE NON VALIDE																																																		
Signature	À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Année	Mois	Jour																																													
Année	Mois	Jour																																																
3. Attestation du professionnel compétent relativement à la demande de retrait de la personne <i>(Section à remplir par le professionnel compétent)</i>																																																		
J'atteste que la personne est apte à consentir aux soins et que j'ai prêté assistance à celle-ci aux fins de sa demande de retrait de la demande anticipée d'aide médicale à mourir visée à la section 1.																																																		
Prénom	Nom																																																	
FORMULAIRE NON VALIDE		No de permis d'exercice																																																
Signature	À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT	Date <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Année	Mois	Jour																																													
Année	Mois	Jour																																																
RETRAIT D'UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR																																																		
AH-897 DT9623 (2024-07)																																																		

* Ces champs sont obligatoires pour la conformité du formulaire.

