

FORMULER

UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Guide technique pour les
médecins et les infirmières
praticiennes spécialisées

Décembre 2024



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 : 978-2-555-00063-6 (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 MATIÈRES

Informations générales	1
Étapes de la démarche.....	2
Accéder au formulaire de DAAMM.....	2
Remplir le formulaire de DAAMM	3
Premier volet.....	4
Deuxième volet	5
Troisième volet.....	7
Quatrième volet	8
Imprimer le formulaire de DAAMM.....	10
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.

- 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;
- 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.

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. 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 \(telesantequebec.ca\)](#).
- **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 vérifiera, en temps réel, 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.

REEMPLIR 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

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

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

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

Signataires

Nathalie Tremblay
PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE

Langue
 Tiers autorisé

Ajouter

Attestation

NOTAIRE

____ ou _____

Prénom
 Nom

Ajouter

Tiers autorisé

TIER DE CONFIANCE

Prénom
 Nom
 Courriel

Ajouter

Renseignements sur la demande

Formulaire

Description des manifestations cliniques
 Description médicale des manifestations cliniques
 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 en est incapable physiquement et qu'un tiers le fait à sa place et en sa présence

Prénom

Nom

Enregistrer

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

Modifier

Deuxième 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.

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.

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.

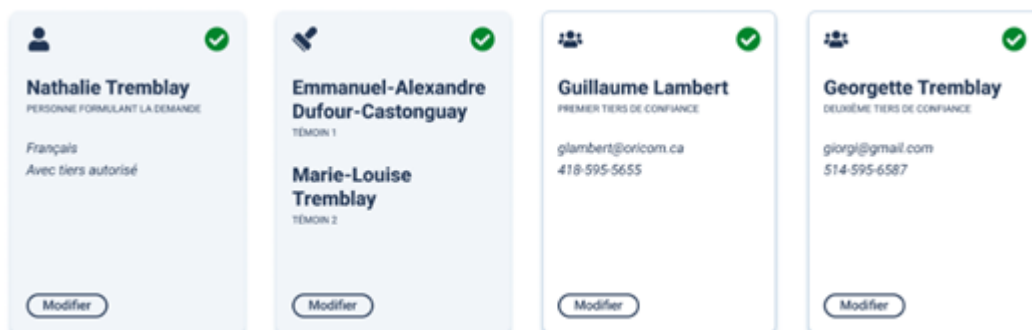
Le tiers de confiance :

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 displays two screenshots of the Québec Régie de l'assurance-maladie website. Both screenshots show the 'Tiers de confiance' (Trustee) form for Nathalie Tremblay. The left screenshot shows the 'Premier tiers de confiance' (First trustee) form, and the right screenshot shows the 'Deuxième tiers de confiance' (Second trustee) form. Both forms include fields for identification (Prénom, Nom) and coordinates (Adresse courriel, Adresse postale, Ville, Code postal). The right screenshot also includes a note: 'Deuxième tiers de confiance désigné pour remplacer le premier si celui-ci est décédé, qu'il ne peut pas jouer son rôle, qu'il refuse ou qu'il n'est pas en mesure de le faire.' (Second trustee designated to replace the first if the first is deceased, unable to perform their role, refuses, or is unable to do so.)

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.
- 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 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

Donner mon avis Aide

Nathalie Tremblay
 Numéro d'assurance maladie: LARA 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

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

Nathalie Tremblay
 Numéro d'assurance maladie: LAA4 870 2618 | Date de naissance: 1987-05-26

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
- Emmanuel-Alexandre Dufour-Castonguay**
TENU 1
Marie-Louise Tremblay
TENU 2
- Guillaume Lambert**
1ER TIER DE CONFIDANCE
glambert@toricom.ca
418-595-5655
- Georgette Tremblay**
2E TIER DE CONFIDANCE
georgi@gmail.com
514-995-4587

Renseignements de la demande

Formulaire

- Diagnostic
- Description des manifestations cliniques
- Loren ipsum
- Mi habitant purus
- Tortor potenti vitae mauris dis

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 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.

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 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](#)

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](#)

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

Diagnostic : Nom du diagnostic
Date du diagnostic : 2024-05-08
Nom du professionnel ayant posé le diagnostic : Valérie Tremblay
Préciser le besoin : -

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)¹.

SUIVI DE LA DAAMM

La confirmation du dépôt de la DAAMM au registre 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.

Advenant le refus d'une DAAMM en raison de la non-conformité du formulaire, une correspondance sera transmise au ou à la médecin ou à l'IPS par le courriel sécurisé d'origine précisant les motifs du refus. 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.

¹ [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

[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 DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR



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**

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

Prénom _____ Nom _____

Lien avec la personne formulant la demande _____

FORMULAIRE NON VALIDE
À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

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 _____

FORMULAIRE NON VALIDE

Année _____ Mois _____ Jour _____

Signature du second tiers de confiance _____

À DES FINS DE FORMATION SEULEMENT

Année _____ Mois _____ Jour _____

