

FORMULER

UNE DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Guide technique pour les
médecins et les infirmières
praticiennes spécialisées

Mai 2025



Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux et la Vice-présidence des Affaires publiques et Communications.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **msss.gouv.qc.ca**, section **Publications**.

Dépôt légal – 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-01250-9 (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.

TABLE DES MATIÈRES

Modifications apportées	1
Informations générales	3
Pratique hors réseau	3
Rappel des éléments de conformité du formulaire de DAAMM	3
Formuler une DAAMM par acte notarié	4
Responsabilité du ou de la médecin ou de l'IPS en lien avec la destruction des renseignements personnels.....	4
Étapes de la démarche.....	5
Accéder au formulaire de DAAMM.....	5
Remplir le formulaire de DAAMM	6
Premier volet.....	7
Second volet.....	8
Troisième volet.....	10
Quatrième volet	11
Procéder aux signatures.....	14
Déposer la DAAMM au Registre	15
Suivi de la DAAMM	15
Annexe I – Nous joindre	16
Annexe II – Exemple de formulaires de DAAMM (versions française et anglaise)	17

MODIFICATIONS APPORTÉES

DATES	SECTIONS	INFORMATIONS	CONSULTER LA MODIFICATION
Mai 2025	Informations générales	Ajout d'informations concernant l'accès aux services en ligne et au registre pour les médecins et les IPS dont la pratique est hors réseau.	Pratique hors réseau
	Informations générales	Ajout d'informations concernant la demande anticipée d'AMM formulée par acte notarié	Formuler une DAAMM par acte notarié
	Remplir le formulaire DAAMM	Le ou la médecin ou l'IPS qui formule la DAAMM ne peut agir à titre de témoin pour cette même demande	Second volet
	Remplir le formulaire DAAMM	L'utilisation d'un document préparatoire de type document Word en parallèle pour colliger les informations cliniques de la DAAMM peut entraîner des difficultés à lire la DAAMM	Remplir le formulaire de DAAMM
	Procéder aux signatures	<u>Une signature manquante ou apposée à une date différente entraînera un refus du formulaire. Lorsque la solution technologique le permettra, la signature à distance sera permise, mais cette fonctionnalité n'est pas disponible à l'heure actuelle.</u>	Procéder aux signatures
	Déposer la DAAMM au registre	Le document PDF de la DAAMM numérisé doit avoir une taille maximale de 20 Mo	Déposer la DAAMM au registre
	Suivi de la DAAMM	Une confirmation du dépôt de la DAAMM au registre sera transmise par la RAMQ	Suivi de la DAAMM

Modifications antérieures			
Janvier 2025	Informations générales	Rappel des éléments de conformité du formulaire DAAMM	N/A
	Vérifier et imprimer le formulaire de DAAMM	<u>Aucune information ne doit être ajoutée de façon manuscrite.</u>	N/A
	Déposer la DAAMM au registre	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.	N/A
	Suivi de la demande	Retrait de la confirmation du dépôt de la DAAMM au registre	N/A
Décembre 2024	Guide complet	Nouvelles fonctionnalités du Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir	N/A
Octobre 2024	Première version du document		

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 le présent Guide, qui a été mis à jour, et qui est 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 par les services en ligne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), disponible en français ou en anglais. Seule cette version du formulaire sera acceptée. Ainsi, toute demande formulée par l'entremise d'une version antérieure sera refusée et devra être reformulée. De plus, vous trouverez dans les services en ligne les informations pour l'identification de la personne qui souhaite formuler une DAAMM, son statut d'admissibilité à la RAMQ et plusieurs autres informations pertinentes concernant les DAAMM.

Seuls les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) inscrits respectivement au Collège des médecins du Québec (CMQ) ou à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et participant à la RAMQ ont accès au formulaire.

De plus, seuls les médecins et les IPS peuvent consulter le Registre pour le traitement d'une DAAMM (dépôt et retrait au dossier ou évaluation de l'aide médicale à mourir (AMM)) ou pour l'impression du formulaire lorsqu'une personne ayant formulé une DAAMM en demande une copie. Pour consulter le Registre des DAAMM, veuillez vous référer au Guide d'utilisateur de la RAMQ.

Pratique hors réseau

Tous les médecins et IPS dont la pratique est hors réseau possèdent les accès nécessaires pour l'utilisation des services en ligne de la RAMQ. Veuillez vous assurer que votre adresse courriel du réseau est activée sinon, l'accès aux services en ligne sera impossible. Si vous éprouvez des difficultés techniques avec cette adresse courriel, contactez l'établissement du territoire sur lequel vous exercez.

Si vous éprouvez des difficultés techniques à accéder aux services en ligne de la RAMQ, contactez le centre des relations avec les professionnels de la RAMQ, dont les coordonnées se trouvent à l'annexe I – Nous joindre.

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 retournée à la ou au médecin ou l'IPS, qui devra faire une nouvelle demande.

- Utilisation du formulaire de DAAMM accessible par les services en ligne de la RAMQ (aucune autre version du formulaire ne sera acceptée);

- Remplissage du formulaire en ligne. Aucune saisie manuscrite n'est acceptée, à l'exception des dates et des signatures ainsi que du numéro de permis d'exercice pour les IPS (voir section procéder aux signatures);
- Exclusion du professionnel compétent qui remplit la DAAMM à agir à titre de témoin;
- Uniformité des dates de l'ensemble des signatures, conformément à l'article 29.9¹ de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV);
- Signature apposée par chacun des signataires dans les espaces prévus à cette fin;
- Conformité du permis de pratique de la ou du médecin ou de l'IPS à la date de signature du formulaire de DAAMM;
- Transmission des formulaires de DAAMM par courriel non admissible.
- Présence exigée du ou des tiers de confiance et signature du formulaire.

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

Formuler une DAAMM par acte notarié

- La personne qui souhaite formuler une DAAMM par acte notarié doit d'abord prendre contact avec son ou sa notaire. Le ou la notaire pourra par la suite contacter le ou la médecin ou l'IPS afin qu'ils établissent ensemble la suite de la démarche.
- Le ou la médecin ou l'IPS doit remplir le formulaire de DAAMM avec la personne, selon la procédure habituelle.
- Le ou la médecin ou l'IPS remet la copie de la DAAMM à la ou au notaire, selon le moyen de transmission convenu avec celle-ci ou celui-ci.
- Le ou la notaire procède aux signatures selon la méthode qui a été convenue, soit par signature manuscrite ou électronique.
- **Le ou la notaire dépose au Registre des DAAMM de la RAMQ l'acte notarié et la DAAMM annexée.** Ainsi, **le ou la médecin ne doit pas téléverser** le formulaire dans les services en ligne de la RAMQ, puisqu'il s'agit de la responsabilité du ou de la notaire.

Responsabilité du ou de la médecin ou de l'IPS en lien avec la destruction des renseignements personnels

- Une fois que le dépôt de la DAAMM au Registre est confirmé par la RAMQ, supprimer de l'ordinateur utilisé toute copie ou trace du formulaire de la DAAMM numérisée et signée, comme le document joint dans un courriel par exemple.

¹ [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.

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 du formulaire de DAAMM.
5. Numériser le formulaire de DAAMM et le déposer au Registre.

Pour toute question en lien avec la DAAMM, veuillez consulter l'[annexe I - Nous joindre](#).

ACCÉDER AU FORMULAIRE DE DAAMM

1. **Accéder aux services en ligne de DAAMM de la RAMQ** 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 les IPS n'ayant pas d'adresse courriel du RSSS ou ayant oublié leur mot de passe doivent s'adresser au service approprié :

- **les médecins**, au [Centre de soutien des services numériques en santé \(CSSNS\) du Réseau québécois de la télésanté \(RQT\)](#);
- **les IPS**, au soutien 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 DAAMM.
- 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](#)). L'encourager à le faire, si possible, 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 de confirmer, en temps réel, l'admissibilité de la personne au régime québécois d'assurance maladie, par 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 DAAMM sera accessible seulement si la personne est effectivement couverte par le régime québécois d'assurance maladie.
- Les coordonnées de la personne ainsi que son NAM s'inscriront automatiquement dans le formulaire.
- Une copie du formulaire, soit le « brouillon », s'enregistrera automatiquement dans le dossier RAMQ de la personne. Il est donc possible de remplir le formulaire en une ou plusieurs fois.

REMPHIR LE FORMULAIRE DE DAAMM

Le formulaire de DAAMM se remplit directement dans le Registre. Toutes les sections et tous 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 lié à la formulation de la demande, nous vous invitons à consulter en ligne les fiches émises par le [Collège des médecins du Québec](#) et 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 rempli, chaque volet obligatoire devra être marqué d'un crochet vert. Si un fichier préparatoire est utilisé en parallèle pour colliger les informations cliniques de la DAAMM (par exemple un document Word), il faut demeurer vigilant lors du transfert des données par « copier-coller » dans le formulaire du Registre. En effet, un rétrécissement de la police d'écriture peut survenir, rendant les informations difficiles à lire, voire illisibles, tant lors de la consultation en ligne que sur la DAAMM imprimée. Cela peut également la rendre non conforme et mener à son refus. Ainsi, il est fortement recommandé de saisir les informations directement dans le Registre et d'enregistrer fréquemment les données saisies à l'aide du bouton « Enregistrer » prévu à cette fin.

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

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, 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, cliquer sur « Enregistrer » ou « Retour à la page principale ». Si l'information est complète, un crochet vert apparaîtra. Dans le cas contraire, un code d'erreur précisant l'information manquante s'affichera.

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. Ainsi, le ou la médecin ou l'IPS qui formule la DAAMM ne peut agir à titre de témoin pour cette même DAAMM.

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 2678 | Date de naissance: 1997-05-26

Retour à la page principale

Attestation

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

Notaire

La demande est notariée.

Premier témoin

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

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

Nathalie Tremblay
PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE
Français
Avec tiers autorisé
Modifier

Emmanuel-Alexandre Dufour-Castonguay
TÉMOIN 1
Marie-Louise Tremblay
TÉMOIN 2
Modifier

Nathalie Tremblay
PERSONNE FORMULANT LA DEMANDE
Français
Avec tiers autorisé
Modifier

Demande notariée
NOTAIRE
Modifier

ou

Troisième volet

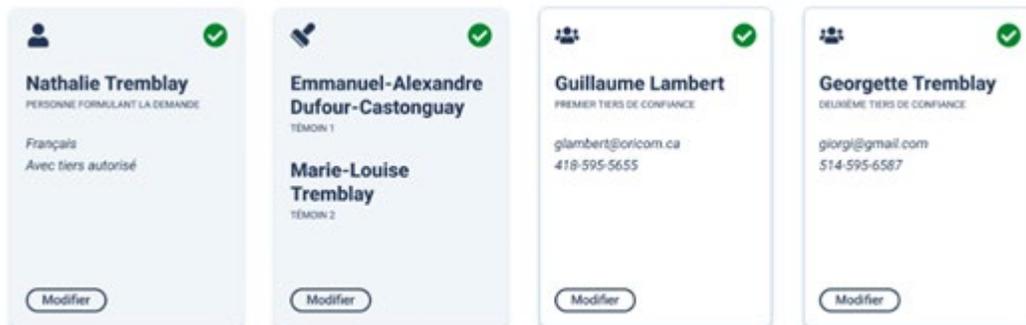
Inscription et identification du ou des tiers de confiance, le cas échéant. Ceux-ci doivent obligatoirement indiquer deux moyens de communication pour les joindre.

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.

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



Quatrième volet

Section 1 : Informations relatives au diagnostic de la maladie grave menant à l'incapacité à consentir aux soins et permettant de formuler une DAAMM

- Le diagnostic de maladie grave et incurable menant à l'incapacité 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 ou si le diagnostic n'apparaît pas dans le menu déroulant, 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 pour l'administration de l'AMM le moment venu.

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 incapable à consentir aux soins

- Documenter les manifestations que la personne a elle-même identifiées comme étant celles qui conduiront à l'expression de son consentement à ce que l'AMM lui soit administrée, lorsque toutes les conditions prévues par 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 les manifestations devront être observables au moment de l'évaluation par un ou une médecin ou une IPS en vue de l'administration de l'AMM.**

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

Inscrire la **description médicale** des manifestations cliniques décrites par la personne à la section 2 qui devront être considérées dans le cadre du suivi à donner à sa demande.

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, en cochant la case prévue à cet effet, 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.
- Justifier dans le champ « Préciser au besoin ».

Québec Régie de l'assurance maladie
JONH SMITH -

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

Registre des demandes anticipées d'aide médicale à mourir

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'utilisateur formulant la demande

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

Diagnostic

Rechercher un diagnostic

Date du diagnostic

AAAA-MM-JJ

Nom du professionnel qui a posé le diagnostic

Autres informations (facultatif)

5000 caractères de 5000 restants

Description faite par l'utilisateur formulant la demande des manifestations cliniques liées à sa maladie. Celles-ci devront être considérées une fois que l'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur formulant la demande (voir section 2). Cette description doit être fidèle à la description des manifestations décrites par l'utilisateur (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'utilisateur formulant la demande.

Section pour le professionnel compétent.

Je me suis assuré, en tant que professionnel compétent, que les manifestations cliniques décrites par l'utilisateur 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

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

Si l'information est complète, un crochet vert apparaîtra et un encadré mentionnant que toutes les données requises ont été inscrites s'affichera. Dans le cas contraire, un code d'erreur précisant l'information manquante 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.

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**
TIER 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 et lisibles. À ce moment, vous avez la possibilité de retourner dans le formulaire sur le Registre pour apporter des modifications, le cas échéant. Aucune information ne doit être ajoutée de façon manuscrite.

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

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. Une signature manquante ou apposée à une date différente entraînera un refus du formulaire. Lorsque la solution technologique le permettra, la signature à distance sera permise, mais cette fonctionnalité n'est pas disponible à l'heure actuelle.

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

La 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 deux témoins (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 en format PDF le formulaire signé, selon la procédure interne du traitement des documents sensibles de votre établissement. L'utilisation d'un téléphone cellulaire pour numériser la DAAMM n'est pas autorisée considérant la nature de la demande et afin d'assurer la confidentialité de celle-ci.
 - S'assurer que le document PDF de la DAAMM numérisée est lisible, complet, non protégé d'un mot de passe, bien identifié au nom de la personne qui formule la demande et qu'il n'excède pas 20 Mo.
 - Aucune information manuscrite ne doit être ajoutée au formulaire, sans quoi, la demande sera automatiquement refusée (à l'exception des dates, des signatures ainsi que du numéro de permis d'exercice pour les IPS).
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.
6. Cliquer sur le bouton « Déposer la demande ».

Déposer au dossier de la personne la copie originale de la DAAMM dûment signée (LCSFV, article 32²). Aucune copie de la DAAMM ne doit être remise à la personne qui formule la demande. La RAMQ lui en acheminera une copie par la poste lors du suivi de la DAAMM.

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 de 5 à 10 jours ouvrables.

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 d'origine dans un délai de 5 à 10 jours ouvrables.

Une correspondance sera également transmise par courrier postal à la personne afin de l'informer du dépôt au Registre de sa DAAMM ou de son refus, d'où l'importance de la mise à jour des coordonnées de la personne dans le dossier RAMQ. En cas de refus, une nouvelle demande devra être formulée.

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

ANNEXE I – NOUS JOINDRE

OBTENIR DU SOUTIEN TECHNIQUE CONCERNANT LES SERVICES EN LIGNE AUX MÉDECINS OU AUX IPS

Centre de relation avec les professionnels - Services en ligne RAMQ

[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)

OBTENIR DU SOUTIEN CLINIQUE CONCERNANT LES DAAMM

Collège des médecins du Québec

Sans frais : 1 888 MÉDECIN (1 888 633-3246)

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

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Sans frais : 1 800 363-6048

[Contactez-nous | OIIQ](#)

ANNEXE II – EXEMPLE DE FORMULAIRES DE DAAMM (VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE)

Santé et Services sociaux Québec

**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

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				

FORMULAIRE NON VALIDE

4564 229 25/03

DEMANDE ANTICIPÉE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

1 de 7

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

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

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)

FORMULAIRE NON VALIDE

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

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

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

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

Année Mois Jour

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

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

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

Signature du second tiers de confiance

Année Mois Jour

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

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		
N° de permis d'exercice				
		Année	Mois	Jour



**ADVANCE REQUEST
MEDICAL AID IN DYING**

Last Name			
First Name			
Date of Birth		Year	Month Day
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

User Name	Health Insurance N°
-----------	---------------------

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

User Name	Health Insurance N°
-----------	---------------------

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

User Name	Health Insurance N°
-----------	---------------------

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

User Name	Health Insurance 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

Year Month Day

Signature of authorized third party No authorized third party

(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.)

First Name Last Name

Signature

FORMULAIRE NON VALIDE

Year Month Day

User Name	Health Insurance 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

