



DT9596

AIDE MÉDICALE À MOURIR POUR UNE PERSONNE EN FIN DE VIE CONSENTEMENT EN CAS DE PERTE D'APTITUDE

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

Le présent formulaire permet à une personne en fin de vie de consentir à recevoir l'aide médicale à mourir en cas de perte d'aptitude. Celui-ci respecte les obligations prévues à la fois à la Loi concernant les soins de fin de vie (LCSFV) et au Code criminel.

La LCSFV¹ permet à une personne en fin de vie qui satisfait à toutes les conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir, de la recevoir même si elle est devenue inapte à consentir aux soins au moment de son administration, pourvu qu'elle y eût consenti par écrit en présence d'un professionnel de la santé dans les 90 jours précédant la date de l'administration de l'aide médicale à mourir.

Le Code criminel² permet à une personne dont la mort naturelle est raisonnablement prévisible, remplissant tous les critères pour recevoir l'aide médicale à mourir et pour qui toutes les mesures de sauvegarde prévues ont été respectées, de consentir dans une entente écrite à ce que, advenant le cas où elle perdrait la capacité à consentir avant la date convenue d'administration, le médecin puisse lui administrer une substance à cette date ou à une date antérieure pour causer sa mort.

Le formulaire suivant propose deux options puisqu'une personne pourrait consentir à recevoir l'aide médicale à mourir à la date convenue malgré qu'elle ne soit plus apte à consentir aux soins, sans nécessairement consentir à la recevoir à une date antérieure, advenant cette perte d'aptitude. Devant cette éventualité, la date convenue devrait être respectée par le médecin. **Une seule case doit être cochée.**

DATE CONVENUE POUR L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR		Année	Mois	Jour
COCHER UNE DES DEUX OPTIONS :				
<input type="checkbox"/> Advenant le cas où je perds mon aptitude à consentir aux soins, JE CONSENS à ce que le médecin puisse m'administrer l'aide médicale à mourir à la date convenue;				
OU				
<input type="checkbox"/> Advenant le cas où je perds mon aptitude à consentir aux soins, JE CONSENS à ce que le médecin puisse m'administrer l'aide médicale à mourir à la date convenue ou à une date antérieure à la date convenue.				
Signature (PERSONNE) :		Année	Mois	Jour
Tiers autorisé ³ , si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne, et selon ses directives.				
Prénom et nom du tiers autorisé :		Domicilié(e) à (adresse) :		
Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :	Signature (tiers autorisé) :	Année	Mois	Jour
MÉDECIN QUI DOIT ADMINISTRER L'AIDE MÉDICALE À MOURIR ET PRÉSENT LORSQUE LA PERSONNE CONSENT PAR ÉCRIT				
Prénom et nom :		N° de permis d'exercice		
Signature du médecin :		Année	Mois	Jour

La version originale du document doit être versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

¹ L'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie, (RLRQ, chapitre S-32.0001)

² L'article 241.2 (3.2) du Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)

³ Conformément à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie et compte tenu de l'article 241.2(4) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.