

**PREMIER AVIS PROFESSIONNEL
COMPÉTENT PRESTATAIRE**

**SELON LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À
L'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)**

Notes médicales au dossier

Date signature demande AMM :

Titre du professionnel signataire
de la demande :

Date début présente évaluation :

Date diagnostic :

Diagnostic :

Nom		No dossier	
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois
		Année	Mois
N° d'assurance maladie		Expiration	
Adresse			
Code postal	No de téléphone		

Mort naturelle raisonnablement prévisible (MNRP)

Mort naturelle NON raisonnablement prévisible (MNnRP)

Traitements tentés : Chimiothérapie

Radiothérapie Chirurgie

Incurabilité/irréversibilité de la condition : oui non

Rendez-vous en spécialité à organiser :

Emplacement actuel du patient : Domicile/RI/RPA

Hôpital de la Cité-de-la-Santé chambre no

Critères d'admissibilité
AMM validés

1. Personne assurée au sens de la *Loi sur l'assurance maladie*.
2. Majeure et apte à consentir aux soins.
3. Atteinte d'une maladie grave et incurable ou d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes.
4. Situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible de ses capacités.
5. Éprouve des souffrances physiques ou psychiques persistantes, insupportables et qui ne peuvent pas être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

Aptitude du patient :

Maison La Sérénité (soins palliatifs)

Orientation du patient adéquate tout au long du processus d'évaluation

Comprend la situation, son diagnostic et son pronostic

Connaît les alternatives de soin possibles (sédation palliative, soins palliatifs)

Soutien psychologique/psychosocial

Comprend la possibilité de retirer son consentement à tout moment d'ici le soin

CHSLD :

Hygiène adéquate

Discours cohérent

Enjeux familiaux sur l'AMM

Souffrances psychologiques :

Perte de jouissance de la vie

Perte d'autonomie avancée irréversible

Qualité de vie insatisfaisante

Idée suicidaire oui non

Désespoir face à la situation

Désir de mourir dans la dignité

Souffrances physiques :

Douleur mal soulagée par moyens disponibles

Cachexie/anorexie

Hémoptysie

Dépendance à l'oxygène

Dysphagie/vomissement

Alitement constant ou partiel important

Occlusion digestive

Paralysie d'un membre

Inquiétudes du patient

Discussion avec les proches

Soutien familial nécessaire

Conclusion de l'évaluation :

Patient admissible à recevoir AMM Admissibilité indéterminée

Évaluation longitudinale
à poursuivre, patient non
admissible – **RAISON :**

Lieu du soin souhaité : domicile L'Orée ⁽¹⁾ (Val-des-Brises) chambre dédiée AMM

CHSLD :

Hôpital de la Cité-de-la-Santé⁽²⁾ - chambre no

⁽¹⁾Transport nécessaire

⁽²⁾ Il n'est plus possible de transférer un usager dans une chambre à l'hôpital, à moins qu'il y soit déjà.

Date souhaitée du soin

Formulaire de renonciation au consentement final signé oui non

Patient informé des moyens de soulagement (soins palliatifs, aide psychologique, services communautaires) accepté refusé

Don d'organe : désiré non désiré en réflexion non applicable

Intervenants au dossier (nom)

T.S.

Infirmière

Soins spirituels

PiccLine nécessaire

Rendez-vous à venir :

Commentaires

Signature

Nom

Date

Informations sur le soin administré à compléter sur autre formulaire



On peut joindre le Centre d'éthique au centre.ethique.cissslav@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone : 450 668-1010 poste 24228 option 1
Télécopieur : **450 975-5007 (nouveau)**