



Nom et prénom :

No Dossier :

RAMQ :

**Formulaire de référence pour l'aide médicale à mourir (AMM) contemporaine au site Val-des-Brises**

Envoyer ce formulaire par courriel à [amm.val-des-brises.cissslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:amm.val-des-brises.cissslav@ssss.gouv.qc.ca)  
en demandant une confirmation de lecture et réception, et en mettant en copie le Centre d'éthique au  
[centre.ethique.cissslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:centre.ethique.cissslav@ssss.gouv.qc.ca)

Éthicien coordonnateur :

Travailleuse sociale :

Coordonnées :

Infirmière :

Coordonnées :

Médecin :

Coordonnées en cas d'urgence :

Date prévue de l'AMM :

Heure :

Nombre de visiteurs prévus/  
approximatifs si connu :

Nom de l'accompagnateur principal :


**Salon funéraire déjà contacté**

Nom :

Coordonnées :

Information/commentaire :

**NOTE : un maximum de 10 proches est autorisé dans la chambre - aucune circulation dans les corridors - aucune attente à l'extérieur de la chambre**