



DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Établissement :

Je demande au Docteur (nom du médecin) _____ de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : _____

Date

Année	Mois	Jour

Tiers autorisé¹, 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 les directives.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (adresse) :

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :

Signature : _____

Date

Année	Mois	Jour

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :

Prénom et nom	Titre	No de permis d'exercice						
Signature du professionnel		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td></tr></table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						

Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté signé le formulaire² :

Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté signé le formulaire ² :		Date						
Témoïn 1 : Prénom et nom	Signature	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td></tr></table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						
Témoïn 2 : Prénom et nom	Signature	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td></tr></table>				Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour						

La version originale du document doit être remise au médecin et 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 Conformément à l'article 25 de la Loi concernant les soins de fin de vie, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte.

² L'article 241.295 du Code criminel prescrit que la demande doit être datée et signée devant deux témoins indépendants et majeurs qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut être qualifié d'indépendant s'il a) sait ou croit 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; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside; c) participe directement à la prestation de services de soins de santé à la personne qui fait la demande; ou d) fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.