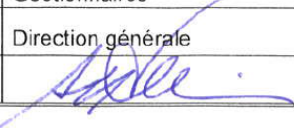


**SOINS DE FIN DE VIE**

Préparé par :	Direction des soins infirmiers et services cliniques	Codification :	DG-121
Destinataires :	Tout le personnel – Médecin – Professionnels - Gestionnaires	Entrée en vigueur :	FÉVRIER 2017
Approuvé par :	Direction générale	Révision :	
Signature :			Page 1 de 16

PRÉAMBULE

Depuis plusieurs années, les soins palliatifs et de fin de vie sont au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Plusieurs étapes importantes dans l'organisation des soins et des services en ce domaine en témoignent.

En juin 2014, le gouvernement du Québec adoptait la Loi concernant les soins en fin de vie (Chapitre S-32.0001). Par l'adoption de cette loi, l'État, d'une part, précise le droit des personnes de recevoir des soins palliatifs de fin de vie et, d'autre part, définit les modalités de prestation et d'encadrement de ces soins dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi, qui est entrée en vigueur le 10 décembre 2015, a pour objet d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

De plus, le 17 juin 2016, le parlement du Canada a adopté le projet de Loi C-14, soit la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

OBJECTIFS

La présente politique a pour but d'assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits, l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout résident ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances, incluant la sédation palliative continue (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM).

La *Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)*, prévoit que le Centre Le Cardinal doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des usagers en fin de vie et de leurs proches (2014, c.2, Art. 8).

DÉFINITIONS**Aide médicale à mourir (AMM)**

Un soin consistant en l'administration de médicaments par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci qu'elle le reçoive ou non.

Arrêt de traitement

Fait de cesser des soins ou traitements susceptibles de maintenir la vie.

Directives médicales anticipées (DMA)

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Indépendance des médecins (Art. 241.2[6] du Code criminel)

Pour être indépendant, le médecin qui fournit l'AMM, ni celui qui donne l'avis ne peut :

- conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail;
- 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, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande;
- savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif. Il s'agit d'un membre de la famille, d'un ami ou de toute personne qui a un intérêt particulier pour le résident.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable liée à l'évolution de la maladie ou à la gravité de lésions, selon laquelle les chances de survie à plus ou moins long terme sont compromises.

Refus de soins

Fait, pour une personne, de refuser un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée.

Sédation palliative continue (SPC)

Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant à l'administration de médicaments à une personne en fin de vie, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Soins de fin de vie

Les soins offerts aux personnes en fin de vie et l'AMM.

Soins palliatifs

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, et les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire.

Témoins indépendants (Art. 241.2[5] du Code criminel)

Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'AMM peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

- elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- elle 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;
- elle participe directement à la prestation de services de santé à la personne qui fait la demande;
- elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Tiers autorisé* (Art. 241.2[4] du Code criminel)

Personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas 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 peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

*Cette définition est utilisée uniquement pour l'AMM.

ÉNONCÉ

Orientations ministérielles

Il est de la responsabilité du MSSS d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins en fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Plus récemment, elles incluent aussi les balises promulguées par la Loi concernant les soins de fin de vie.

Les orientations entourant les soins de fin de vie se définissent comme suit :

- l'accès aux soins est équitable pour tous et disponible au Québec;
- les soins sont offerts selon un continuum fluide dans chacun des territoires et à tous les niveaux des organisations;
- la qualité des soins et des services offerts est assurée par le biais d'équipes interdisciplinaires;
- les intervenants doivent être sensibilisés au caractère inéluctable de la mort.

Ces orientations permettront notamment :

- d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des personnes;
- de consacrer la primauté des volontés relatives aux soins exprimés clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Information aux résidents et leurs proches

Le Centre Le Cardinal doit informer les résidents et leurs proches des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours. Ces renseignements sont notamment être accessibles sur son site Internet (2014, c.2, Art. 18).

Le Centre Le Cardinal rend disponible les informations requises qui se trouvent dans les documents suivant :

- son code d'éthique;
- cette politique et procédure;
- son programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie;
- la brochure *Droits de la personne en fin de vie* du MSSS; (Annexe 1)
- la brochure *Directives médicales anticipées* du MSSS. (Annexe 2)

Offre de service

Le Centre Le Cardinal offre des soins palliatifs et de fin de vie et veille à ce qu'ils soient fournis au résident qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés.

À cette fin, il prend les mesures nécessaires pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ces résidents. (2014, c.2, Art. 7).

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux résidents, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestations de soins selon les dispositions législatives.

Pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, le Centre Le Cardinal doit offrir à la personne une chambre qu'elle est la seule à occuper. (2014, c.2, Art. 12). À cette fin, la chambre 249 (unité 2BO) est utilisée en priorité pour les résidents en fin de vie qui cohabitent en chambre double.

Programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie

Le Centre Le Cardinal a prévu, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie. Il contient notamment les composantes essentielles :

- Valeurs et principes directeurs;
- Objectifs généraux et particuliers;
- Actualisation de l'offre de service;
- Offre de service de base;
- La planification préalable des soins de fin de vie;
- Les directives médicales anticipées;
- La sédation palliative continue;
- L'aide médicale à mourir;
- Le suivi du deuil;
- Évaluation du programme;
- Profil des compétences;
- Rôles et responsabilité des membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Mesures de soutien complémentaires;
- Consignes particulières lors du décès d'un résident.

Le programme clinique de soins de fin de vie a été transmis à la Commission sur les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 9).

Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par le Centre Le Cardinal en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux tient compte des droits des personnes en fin de vie. (2014, c.2, Art. 10).

Centre Le Cardinal fait la promotion du code d'éthique en le remettant à chaque nouveau résident hébergé et ses proches et en le rendant disponible à tous ceux qui en font la demande. Il est aussi disponible sur le site internet du Centre Le Cardinal.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration a adopté un règlement, la politique et procédures ainsi que les protocoles relatifs aux soins de fin de vie. Il prend connaissance du rapport annuel concernant les soins de fin de vie déposé par la directrice générale du Centre Le Cardinal.

Directrice générale

La directrice générale du Centre Le Cardinal fait, chaque année, faire un rapport sur l'application de cette politique et le transmet au conseil. Le rapport présente les indicateurs suivants :

- le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- le nombre de SPC administrées;
- le nombre d'AMM administrées;
- le nombre de demandes d'AMM formulées par écrit qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été;
- Nombre de DMA déposés au dossier;
- La corrélation entre le nombre de résidents en fin de vie et l'accès à une chambre double.

Le rapport est publié sur le site Internet du Centre Le Cardinal et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année. Le Centre Le Cardinal inclus un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. (2014, c.2, Art. 8)

Service médical

Le service médical adopte les protocoles cliniques applicables à la SPC, l'AMM et les DMA. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborés par les ordres professionnels concernés. (2014, c.2, Art. 33)

Directrice des soins infirmiers et services cliniques

La directrice des soins infirmiers et des services cliniques évalue la qualité des soins fournis, notamment au regard des protocoles cliniques applicables. (2014, c.2, Art. 34).

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la SPC, le résident en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour lui doit, entre autre, être informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit entre autre s'assurer du caractère libre du consentement, en vérifiant entre autres qu'il ne résulte pas de pressions extérieures. (2014, c.2, Art. 24).

Même si l'ensemble des acteurs de la situation clinique participe au processus décisionnel, c'est au médecin lui-même qu'incombe la responsabilité de procéder ou non à une sédation palliative. C'est lui qui prescrit et qui amorce la sédation palliative en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est donc nécessaire pour commencer la sédation.⁴

Consentement

Le consentement à la SPC doit être donné par écrit au moyen du formulaire AH-880 (Annexe 3) prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier du résident.

Lorsque la personne qui consent à la SPC ne peut dater et signer le formulaire AH-880 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers autorisé peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. (2014, c.2, Art. 25).

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la SPC dans les installations du Centre Le Cardinal doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège de médecin en utilisant le formulaire CC300 *Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue*. (Annexe 4). (2014, c.2, Art. 34).

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Conditions d'admissibilités

Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'AMM :

- être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec;
- être majeur et apte à consentir aux soins;
- être en fin de vie;
- être atteinte d'une maladie grave et incurable;
- être dans une situation médicale qui se caractérise par un déclin et irréversible de ses capacités;
- éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. (2014, c.2, Art. 26)

Demande d'AMM

Le résident doit, de manière libre et éclairée, formuler pour lui-même la demande d'AMM au moyen du formulaire AH-881 (Annexe 5) prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par celui-ci.

Le formulaire doit être signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci. (2014, c.2, Art. 26).

Lorsque la personne qui demande l'AMM ne peut dater et signer le formulaire AH-881 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. (2014, c.2, Art. 27).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander de reporter l'administration de l'AMM. (2014, c.2, Art. 28).

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne tout renseignement ou document en lien avec la demande d'AMM, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'AMM, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit également être inscrite au dossier du résident sa décision de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration. (2014, c.2, Art. 32).

Objection de conscience

Médecin

Tout médecin qui exerce sa profession au Centre Le Cardinal et qui refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser la directrice générale du Centre Le Cardinal ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. La directrice générale, ou la personne qu'il a désigné, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plutôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 31)

Un médecin peut refuser d'administrer l'AMM en raison de ses convictions personnelles. (2014, c.2, Art. 50).

Il est possible de communiquer avec le DSP CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-233-7650.

Autres professionnels de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles.

Un tel professionnel de la santé doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (2014, c.2, Art. 50).

Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'AMM, le médecin doit :

- être d'avis que le résident satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :
- en s'assurant auprès de lui du caractère libre de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences;
- en s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, en menant avant lui des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte de l'évolution de son état;
- en s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec lui, le cas échéant;
- en s'entretenant de sa demande avec ses proches, s'il le souhaite;
- s'assurer que le résident a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait contacter;
- obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'AMM qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit avec l'aide du formulaire prescrit par le ministère AH-883. (Annexe 6). (2014, c.2, Art. 29).

En plus de ces critères, la loi fédérale ajoute plusieurs mesures de sauvegarde qui doivent être respectées (Art. 241.2[3], du Code criminel) :

Avant de fournir l'AMM, le médecin doit, à la fois :

- être d'avis que la personne qui a fait la demande d'AMM remplit tous les critères;
- s'assurer que la demande :
 - a été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou un tiers;
 - a été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par un tiers devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;
- s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;
- s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin confirmant le respect de tous les critères prévus a été obtenu;
- être convaincu que lui et l'autre médecin sont indépendants;
- s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'AMM est fournie ou, si lui et le médecin jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairée est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;
- immédiatement avant de fournir l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM;
- si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision.

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit l'AMM dans les installations du Centre Le Cardinal doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège des médecins en utilisant le *Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir*, prescrit par le Ministère AH-881 (parties 1 à 3) (Annexe 7). (2014, c.2, Art. 34).

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

Le Centre Le Cardinal met en place un comité interdisciplinaire particulier pour les soins de fin de vie à qui le mandat du GIS a été confié. Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe : le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico-administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, et le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Les travaux de ce groupe sont sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers et services cliniques.

Le comité interdisciplinaire particulier du Centre Le Cardinal peut aussi être appuyé dans leurs démarches par le GIS du CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. À cette effet, la direction générale ou la direction de soins infirmiers et services cliniques peuvent les contacter au : 514-233-7650

DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant des directives médicales anticipées (DMA) au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre. (2014, c.2, arts 51-52).

Conditions

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'inaptitude à consentir aux soins. Le formulaire limite les DMA à trois situations cliniques précises pour lesquelles la pertinence d'offrir certains soins est questionnée.

- Situation de fin de vie
 - Condition médicale grave et incurable, en fin de vie.
- Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
 - État comateux jugé irréversible.
 - État végétatif permanent.
- Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives
 - Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (ex. : démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Consentement

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les DMA ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Protocole concernant les directives médicales anticipées

Un protocole concernant les DMA est disponible au Centre Le Cardinal. Ce protocole comprend le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les résidents qui souhaitent émettre leurs DMA, les modalités concernant le dépôt des DMA au dossier médical par les professionnels de la santé, les conditions de validité et d'application des DMA ainsi que les modalités d'accès aux DMA pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des DMA.

RÉFÉRENCES



1. Canada. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* : LC 2016, ch. 3 [En ligne], http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/page-1.html
2. CISSS Lanaudière. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Juin 2016.
3. CIUSSS Est de l'Île de Mtl. *Politique relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux*. Septembre 2015.
4. Collège des médecins (CMQ), *Sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice*, Montréal, Août 2016, 61 p.
5. Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), *Aide médicale à mourir : Guide d'exercice*, Montréal, août 2015, 88 p.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*, Québec, 2015.
7. Québec. *Loi concernant les soins de fin de vie : RLQR, chapitre S-32.0001* [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2014. [En ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
9. Résidence Berthiaume Du Tremblay. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Octobre 2016.

ANNEXE 1
(Brochure « Droits de la personne en fin de vie »)





Annexe 3
(Formulaire AH-880 : Consentement à la SPC)

	 DT9231	<table border="1"><tr><td colspan="3">Nom</td></tr><tr><td colspan="3">Prénoms</td></tr><tr><td colspan="3">Date de naissance</td></tr><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td colspan="2">N° d'assurance maladie</td><td>Année</td></tr><tr><td colspan="2">Expéditeur</td><td>Mois</td></tr><tr><td colspan="3">Adresse</td></tr><tr><td>Carte postal</td><td>N° de téléphone</td><td>Intéloc</td></tr></table>	Nom			Prénoms			Date de naissance			Année	Mois	Jour	N° d'assurance maladie		Année	Expéditeur		Mois	Adresse			Carte postal	N° de téléphone	Intéloc
Nom																										
Prénoms																										
Date de naissance																										
Année	Mois	Jour																								
N° d'assurance maladie		Année																								
Expéditeur		Mois																								
Adresse																										
Carte postal	N° de téléphone	Intéloc																								

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**

Je consens à la sédation palliative continue.

Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.

Signature : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Tiers autorisé¹ : si la personne qui consent à la sédation palliative continue 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.

Prénom et nom du tiers autorisé : _____

Domicilié(e) à (adresse) : _____

Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue : _____

Signature : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Le cas échéant, la **personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué** dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue **incapable à consentir aux soins**.

Prénom et nom de la **personne habilitée à donner un consentement substitué** : _____

Lien avec la personne concernée : _____

Signature : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement

Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.

Prénom et nom du médecin	N° de permis d'exercice	Signature
_____	_____	_____

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 incapable.

AH-880 (07/2011) (014-0)	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	DOSSIER DE L'USAGER
--------------------------	---	----------------------------

Annexe 4
(CC300 – Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE</p> <p>PRESCRIPTEUR Nom du médecin ayant débuté la sédation palliative continue : _____ # permis : _____</p> <p>CONSENTEMENT ÉCRIT (Joindre une copie du consentement/lors de l'envoi de la déclaration) <input type="checkbox"/> Consentement donné par le résident <input type="checkbox"/> Consentement substitué _____ <input type="checkbox"/> Pas de consentement obtenu Justification : _____</p> <p>DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE Diagnostic principal : _____ SYMPTÔME(S) RÉFRACTAIRE(S) justifiant d'envisager une sédation palliative continue <input type="checkbox"/> Douleur intractable et incoercible <input type="checkbox"/> Détresse psychologique ou existentielle réfractaire <input type="checkbox"/> Dyspnée progressive et incoercible <input type="checkbox"/> Détresses respiratoires majeures et récidivantes <input type="checkbox"/> Nausées et vomissements incoercibles <input type="checkbox"/> Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incoercible <input type="checkbox"/> Autre symptôme réfractaire : _____ Autre symptôme réfractaire : _____</p> <p>Approches thérapeutiques employées avant le recours à la sédation palliative continue • Pharmacologiques : _____ Dont la <input type="checkbox"/> sédation intermittente • Non-pharmacologiques : _____</p> <p>Soutien nutritionnel en cours au début de la sédation • Nutrition par voie naturelle <input type="checkbox"/> Normale ou presque <input type="checkbox"/> Très réduite ou cessée spontanément par le résident <input type="checkbox"/> Cessée au moment de l'initiation de la sédation Autre : _____ • Nutrition par voie artificielle (gavage, alimentation parentérale totale, etc.) <input type="checkbox"/> Oui cessée le (date) _____ <input type="checkbox"/> Non</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SUITE)</p> <p>DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE (SUITE) <u>Hydratation</u> en cours au début de la sédation • Hydratation par voie naturelle <input type="checkbox"/> Normale ou presque <input type="checkbox"/> Très réduite ou cessée spontanément par le résident <input type="checkbox"/> Cessée au moment de l'initiation de la sédation Autre : _____ • Hydratation par voie artificielle (soutie IV, etc.) <input type="checkbox"/> Oui cessée le (date) _____ <input type="checkbox"/> Non</p> <p>PHARMACOTHÉRAPIE PRESCRITE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Médication</th> <th colspan="2">Début de la sédation</th> <th colspan="2">Fin de la sédation</th> </tr> <tr> <th>Date</th> <th>Posologie</th> <th>Date</th> <th>Posologie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Midazolam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Métoprolol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rélobexolol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Propofol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Date de la sédation palliative continue : _____ (jour(s))</p> <p>ÉVOLUTION CLINIQUE JUSQU'AU DÉCÈS Date du décès : _____ heure : _____ <input type="checkbox"/> Mort paisible <input type="checkbox"/> Soulagement incomplet : _____ <input type="checkbox"/> Complications : _____</p> <p>DÉCLARATION Formulaire complété le : _____ Formulaire transmis le : _____ <input type="checkbox"/> au Collège des médecins du Québec Nom du médecin : _____ Signature du médecin : _____ Date : _____ # permis : _____</p> <p align="center">SECTION RÉSERVÉE À L'INSTANCE MÉDICALE D'ÉVALUATION (CMQ SELON LE CONTEXTE)</p> <p>Formulaire de déclaration reçu le _____ Nom du médecin responsable : _____ Signature : _____ Date : _____</p> </div>	Médication	Début de la sédation		Fin de la sédation		Date	Posologie	Date	Posologie	Midazolam					Métoprolol					Rélobexolol					Propofol														
Médication	Début de la sédation		Fin de la sédation																																					
	Date	Posologie	Date	Posologie																																				
Midazolam																																								
Métoprolol																																								
Rélobexolol																																								
Propofol																																								
CC300 – Adapté du CC555 de l'Ordre des Médecins – 2017-03-02 Page 1	CC300 – Adapté du CC555 de l'Ordre des Médecins – 2017-03-02 Page 2																																							

Annexe 5
(Formulaire AH-881 : Demande d'AMM)

Santé et Services sociaux Québec

DT9232

Nom: _____

Prénoms: _____

Date de naissance: Année: _____ Mois: _____ Jour: _____

N° d'assurance médicale: _____ Expédition: _____ Année: _____ Mois: _____

Adresse: _____

Cité/prov: _____ N° de téléphone: _____ Int. tél: _____

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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 ses 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	N° de permis d'exercice
Signature du professionnel		Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire ² :		
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année Mois Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	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 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 être partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un mineur ni un majeur incapable et ne peut savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il reçoit 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.

² L'article 241.2(5) 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 pas être : a) qualifié d'indépendant s'il agit seul ou croit qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il reçoit 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.

AH-881 (01/02) (rév. 2014-04)
DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Copie au pharmacien
 Dossier de l'usager

Annexe 6
(Formulaire AH-883 : Avis du 2^e médecin pour AMM)

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> <p>Santé et Services sociaux Québec</p> <p>019024</p> <p align="center">AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Nom</p> <p>Prénoms</p> <p>Date de naissance: Année, Mois, Jour</p> <p>N° d'assurance maladie: Année, Mois</p> <p>Adresse</p> <p>Cité/prov. N° de téléphone: Jour, Nuit</p> </div> </div> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous un lien professionnel (hiérarchique, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie au médecin qui accompagne la personne et qui vous a demandé la consultation? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez la nature du lien et justifiez <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 2. Avez-vous un lien professionnel (relation thérapeutique suivie, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie à la personne qui demande une aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez la nature du lien et justifiez <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 3. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 4. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande une aide médicale à mourir? <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nom de l'usager</td> <td style="width: 40%;">N° de dossier</td> </tr> </table> <p>5. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, raison(s) invoquée(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie <input type="checkbox"/> La personne est mineure <input type="checkbox"/> La personne n'est pas apte à consentir aux soins <input type="checkbox"/> La personne n'est pas en fin de vie <input type="checkbox"/> La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable <input type="checkbox"/> Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités <input type="checkbox"/> Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables <input type="checkbox"/> La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière libre et éclairée <input type="checkbox"/> Autre(s) : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <p>Justification si demande non admissible :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">Identification de l'avis du second médecin</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">Lieu</td> <td style="width: 30%;">Prénoms et nom</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">N° de permis d'exercice</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;">Signature</td> <td></td> <td>Date</td> <td>Année Mois Jour</td> </tr> </table> <p align="center"><small>Ce formulaire est versé au dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir.</small></p>	Nom de l'usager	N° de dossier	Identification de l'avis du second médecin				Lieu	Prénoms et nom	N° de permis d'exercice		Signature		Date	Année Mois Jour
Nom de l'usager	N° de dossier														
Identification de l'avis du second médecin															
Lieu	Prénoms et nom	N° de permis d'exercice													
Signature		Date	Année Mois Jour												

Annexe 7
(Formulaire AH-882 – (3 parties-9 pages) : Déclarations d'AMM)

Santé et Services sociaux Québec

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 1

Elle ne doit comporter aucune information permettant d'identifier directement une personne, un médecin, un professionnel de la santé, ou un lieu précis.

Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

Date de naissance: _____ Sexe: M F

Date à laquelle la demande d'aide médicale à mourir a été remplie: _____

Section B – Critères d'admissibilité

La personne a une carte d'assurance maladie valide. Oui, expiration: _____ Non, justifier: _____

Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne. Oui Non, justifier: _____

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prescrit par le ministre a été signé et daté par la personne elle-même. Oui Non, par un tiers. Raisons pour lesquelles le tiers a signé (le cas échéant): _____

Le formulaire a été signé en: Ma présence Présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux

Si le demande a été rempli par un tiers, en votre présence, indiquer: Avez-vous des raisons approuvées de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui, justifier Non

Si le demande a été contresigné par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, indiquer:

- Le professionnel était présent lorsque le formulaire a été rempli. Oui Non
- Titre d'emploi du professionnel: _____
- Si le demande a été rempli par un tiers, indiquer:
 - Le professionnel a-t-il des raisons approuvées de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui, justifier Non
- Date de l'entretien avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a contresigné la demande: _____

Page 1

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR
AH-882 (1702) (2014-01) Chèque de l'usager Communication sur les soins de fin de vie CMOP ou CMQ

Nom de l'usager _____ N° de dossier _____

Section C – Critères en lien avec l'état de santé

1. Langage principal: _____

2. Lésion du pronostic vital: _____

3. Nature et description des souffrances: _____

4. Nature et description des souffrances physiques ou psychiques ainsi que de leur caractère constant et insupportable: _____

5. Raisons pour lesquelles les souffrances ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables: _____

Section D – Processus décisionnel

1. La personne est apte à consentir aux soins: Oui Non

Raisons qui amènent à conclure qu'elle n'est pas apte à consentir aux soins: _____

2. Moyens utilisés pour vérifier la capacité libre de la demande de la personne, et plus spécifiquement pour s'assurer qu'elle ne résulte pas de pressions extérieures: _____

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprend bien les informations qui lui ont été fournies à leur propos:

Son diagnostic médical Oui Non

Son pronostic vital Oui Non

Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences Oui Non

Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation palliative, le refus de traitement, etc. Oui Non

Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et ses risques possibles Oui Non

Information transmise à la personne sur le fait qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'aide médicale à mourir ou la reporter. Oui Non

Justification si l'information ci-dessus n'a pas été transmise: _____

Page 2

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1702) (2014-01)

Nom de l'usager _____ N° de dossier _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

3. Vérification du caractère éclairé de la demande, notamment par la vérification que la personne a bien été informée des éléments suivants et qu'elle comprend bien les informations qui lui ont été fournies à leur propos (suite):

Autres vérification(s) effectuée(s) (le cas échéant): _____

Date de ou des entretiens tenus pour effectuer les vérifications: _____

Résumé de l'entretien ou des entretiens: _____

4. Entretiens avec la personne

Assurance de la persistance de ses souffrances

Assurance de sa volonté révisée d'obtenir l'aide médicale à mourir

Dates des entretiens: _____

Raisons qui convainquent de la persistance de ses souffrances et de la constance de sa volonté d'obtenir l'aide médicale à mourir: _____

5. Entretien(s) avec l'équipe de soins en contact régulier avec la personne: Oui Non

Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant): _____

Conclusion de ces entretiens (le cas échéant): _____

6. Entretien avec ses proches

Est-ce que la personne souhaite une discussion de sa demande avec ses proches? Oui Non

Date(s) de l'entretien ou des entretiens (le cas échéant): _____

Conclusion de ces entretiens (le cas échéant): _____

7. La personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande d'aide médicale à mourir avec les personnes qu'elle souhaitait contacter. Oui Non

Description des démarches effectuées pour assurer qu'elle a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'elle souhaitait consulter: _____

Page 3

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1702) (2014-01)

Nom de l'usager _____ N° de dossier _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

8. A-t-il un second médecin consulté confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26:

Y a-t-il un lien professionnel (hémarché) ou personnel qui vous relie au second médecin? Non Oui, décrire la nature du lien et justifier: _____

Y a-t-il un lien professionnel ou personnel qui relie la personne au second médecin? Non Oui, décrire la nature du lien et justifier: _____

Date de demande de la consultation du second médecin: _____

Date de la première consultation du dossier médical de la personne par le second médecin: _____

Date(s) de l'examen de la personne par le second médecin: _____

Confirmation du respect de l'ensemble des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui Non

Section E – Renseignements relatifs au décès

Date de l'administration de l'aide médicale à mourir: _____

Date et heure du décès: _____

Lieu du décès: Domicile Maison de soins palliatifs Établissement privé

Établissement public, maison: Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés CHSLD

Autre, préciser: _____

Tous les renseignements ou documents en lien avec la demande d'aide médicale à mourir doivent être inscrits ou versés dans le dossier de la personne, incluant le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, l'avis du second médecin quand au respect des conditions prévues à l'article 26 (le cas échéant) et une copie des 3 parties de ce formulaire.

Formulaire rempli le (date): _____

Transmis à: Commission sur les soins de fin de vie (le (s) (date): _____

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDF) (le (s) (date): _____

Collège des médecins du Québec (CMQ) (le (s) (date): _____

Le médecin qui a administré l'aide médicale à mourir doit transmettre dans les 10 jours suivant le décès de la personne:

- Les parties 1 et 3 dûment remplies à la Commission sur les soins de fin de vie;
- Les parties 1, 2 et 3 dûment remplies au CMDF s'il exerce sa profession dans un centre agréé par un établissement ou au CMQ s'il exerce dans un cabinet privé de professionnel.

Hormis la copie versée au dossier de l'usager, les parties 1 et 2 du présent formulaire doivent être anonymisées et la partie 3 doit être scellée, avant la transmission aux instances ce qui signifie que le nom de l'usager et le numéro de dossier ainsi que l'impression de la carte d'assurance maladie au premier page doivent être retirés.

Page 4

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 1
AH-882 (1702) (2014-01)

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)	
A1-482-1 010203 (2016-02)	FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR - PARTIE 1
Page 5	

Santé et Services sociaux Québec

0190233

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 2

Nom

Date de naissance

N° d'assurance maladie

N° de dossier

N° de chambre

N° de lit

N° de service

À l'intention des CMDP et du CMQ, en complément de la partie 1, aux fins d'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Renseignements relatifs au médecin qui a administré l'aide médicale à mourir

1. Vous êtes spécialiste :

En médecine familiale Autre spécialité, préciser : _____

2. Avez-vous une relation thérapeutique avec le persona avant de l'accompagner pour l'aide médicale à mourir?

Non Oui, depuis quand la suivez-vous? _____

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien

1. Traitement médicamenteux administré au cours des 24 heures précédant l'administration de l'aide médicale à mourir, le cas échéant.

Classe thérapeutique	Médicament	Posologie	Via d'administration
Opioïdes			
Barbituriques			
Autres médicaments			

2. Description du protocole appliqué pour l'administration de l'aide médicale à mourir

Médicament	Posologie	Via d'administration

Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)

Y a-t-il eu déviation du protocole préconisé dans le Guide d'orientation sur l'aide médicale à mourir?

Non Oui, décrire le protocole utilisé et justifier

Médicament	Posologie	Via d'administration

3. Combien de temps après l'induction du coma la personne est-elle décédée? _____

4. Des complications sont-elles survenues? Le cas échéant, les décrire.

5. Les médicaments requis ont-ils été disponibles dans les délais prévus? Oui Non, expliquer

6. La préparation des médicaments a été effectuée par : Le médecin Le pharmacien

Autre, préciser : _____

7. Les médicaments ont été :

Livrés par (traj) : _____

Récupérés par (traj) : _____



A1-482-1 010203 (2016-02)

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR - PARTIE 2

Dossier de l'utilisateur

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
Espace réservé pour toute information complémentaire pertinente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)	
A1-482-1 010203 (2016-02)	FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR - PARTIE 2
Page 2	

Nom de l'utilisateur		N° de dossier	
Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)			
8. Avez-vous discuté avec le pharmacien :			
<input type="checkbox"/> Des antécédents médicaux et pharmacologiques de l'utilisateur;	<input type="checkbox"/> Du délai de mise à disposition et de préparation des médicaments;		
<input type="checkbox"/> Du protocole choisi;	<input type="checkbox"/> De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments;		
<input type="checkbox"/> Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir;	<input type="checkbox"/> Des procédures concernant le retour des produits non utilisés à la pharmacie.		
Si non, expliquer :			
9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, expliquer			
10. Avez-vous rendu des médicaments non utilisés au pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
11. Avez-vous participé à la destruction des médicaments et du matériel non utilisé avec le pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
12. Avez-vous rempli le registre d'utilisation des médicaments avec le pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui, complètement <input type="checkbox"/> Oui, en partie : expliquer <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer			
14. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le soutien dispensé aux médecins, aux pharmaciens et aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent une personne en fin de vie et qui sont entendus à participer à l'aide médicale à mourir?			
15. Commentaires additionnels :			
<p style="text-align: center;">FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR – PARTIE 2</p> <p>41-882-2 (12/2023) (2014-01) Page 3</p>			

 		<table border="1"> <tr><td colspan="3">Nom</td></tr> <tr><td colspan="3">Prénoms</td></tr> <tr><td colspan="3">Date de naissance</td></tr> <tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr> <tr><td colspan="3">N° d'assurance-maladie</td></tr> <tr><td colspan="3">Cognom</td></tr> <tr><td colspan="3">Année</td></tr> <tr><td colspan="3">Mois</td></tr> <tr><td colspan="3">Date prévue</td></tr> <tr><td colspan="3">N° de dossier</td></tr> </table>		Nom			Prénoms			Date de naissance			Année	Mois	Jour	N° d'assurance-maladie			Cognom			Année			Mois			Date prévue			N° de dossier		
Nom																																	
Prénoms																																	
Date de naissance																																	
Année	Mois	Jour																															
N° d'assurance-maladie																																	
Cognom																																	
Année																																	
Mois																																	
Date prévue																																	
N° de dossier																																	
FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR PARTIE 3																																	
<p><i>Cette partie du formulaire contient les renseignements qui identifient le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir, le médecin ayant donné un deuxième avis ainsi que les renseignements qui permettent à ces derniers d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir.</i></p> <p><i>La Commission sur les soins de fin de vie, ainsi que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ne prendront connaissance de ces renseignements que si cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions respectives et, dans le cas de la Commission, en conformité avec le règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin.</i></p>																																	
Renseignements permettant aux médecins d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir																																	
Nom de l'établissement et de l'habitation (le cas échéant), de la maison de soins palliatifs ou de la clinique privée		Numéro de dossier																															
Identification du médecin qui a administré l'aide médicale à mourir																																	
Nom		Prénoms																															
N° de permis d'exercice																																	
Coordonnées professionnelles																																	
Adresse de correspondance																																	
Ind. tél.		Téléphone																															
Signature du médecin		Date																															
Année		Mois																															
Jour																																	
Identification du second médecin																																	
Nom		Prénoms																															
N° de permis d'exercice																																	
Coordonnées professionnelles																																	
Adresse de correspondance																																	
Ind. tél.		Téléphone																															
<p style="text-align: center;">FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR</p> <p>41-882-2 (12/2023) (2014-01) <input type="checkbox"/> Comité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Commission sur les soins de fin de vie <input type="checkbox"/> CMDP ou CMQ PARTIE 3</p>																																	