



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

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
Témoin indépendant présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire² :				Date
Témoin 1 : 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 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.

² L'article 241.2(5) du *Code criminel* prescrit que la demande doit être datée et signée devant un témoin indépendant et majeur qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas 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.