



SUIVI D'UNE DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) NON ADMINISTRÉE

Diagnostic _____

Pronostic _____

Réception d'une demande formelle d'aide médicale à mourir

Par la présente, je déclare avoir reçu une demande formelle d'aide médicale à mourir (AMM) dûment complétée par l'utilisateur

- Réception de la demande en main propre
- Réception de la demande d'un intervenant. Spécifiez le titre d'emploi de l'intervenant _____
- Date de signature du formulaire de demande d'aide médicale à mourir _____
aaaa/mm/jj

Motif pour lequel l'AMM n'a pas été administrée

- La personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM, précisez la(les) raison(s) :
- N'était pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
 - N'était pas majeure
 - N'était pas apte à consentir aux soins
 - N'était pas atteinte d'une maladie grave et incurable ou d'une déficience physique entraînant des incapacités significatives et persistantes
 - Sa situation médicale ne se caractérisait pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
 - N'éprouvait pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne pouvaient être apaisées dans des conditions qu'elle jugeait tolérables
- La personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation, précisez la raison : _____
- La personne a retiré sa demande/a changé d'avis. Pour quelle(s) raison(s) : _____
- La personne a été transférée vers un autre établissement, précisez lequel : _____
- La personne est décédée avant la fin de l'évaluation OU avant l'administration de l'AMM
Date du décès (aaaa/mm/jj) _____
- Autre motif, précisez _____

Déclaration d'une AMM non administrée

- Déclarer l'AMM non administrée sur la plateforme SAFIR <https://safir.rtss.qc.ca> Date _____
aaaa/mm/jj
- Acheminer par courriel ce formulaire dûment complété à amm.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca

Date _____
aaaa/mm/jj

Signature _____
(inscrire la discipline s'il y a lieu)