

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

Demande reçue à domicile

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Secteur Québec-Métro | <input type="checkbox"/> Secteur Portneuf | <input type="checkbox"/> Secteur de Charlevoix |
| <input type="checkbox"/> Beauport | <input type="checkbox"/> Donnacona | <input type="checkbox"/> La Malbaie |
| <input type="checkbox"/> Charlesbourg | <input type="checkbox"/> Pont-Rouge | <input type="checkbox"/> Baie-St-Paul |
| <input type="checkbox"/> Sainte-Foy | <input type="checkbox"/> Saint-Raymond | |
| <input type="checkbox"/> Haute-Ville | <input type="checkbox"/> Saint-Ubalde | |
| <input type="checkbox"/> Maizerets | <input type="checkbox"/> Saint-Marc-des-Carières | |
| <input type="checkbox"/> Limoilou | | |
| <input type="checkbox"/> Basse-ville | | |
| <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez _____ | | |

Demande reçue en installation

- Hôpital, spécifiez _____
- CHSLD, spécifiez _____
- Autres, spécifiez _____

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 raison _____
- 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
- 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 _____
- 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.ciussccn@ssss.gouv.qc.ca

Date _____

aaaa/mm/jj

Signature _____

(inscrire la discipline s'il y a lieu)

()