

DEMANDE DE CONSULTATION PAR LE COMITÉ D'EXPERTS DU GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN
POUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Identification de l'utilisateur

Territoire

- Québec-Métro Portneuf Charlevoix

Lieu de l'AMM

- CHSLD Centre hospitalier Unité de soins palliatifs CIUSSS
 Maison Michel-Sarrazin Domicile de l'utilisateur

Nom du CHSLD/CH _____

Diagnostic(s) et pronostic

Diagnostic(s)

Pronostic

Coordonnées du médecin qui prend en charge l'AMM

Nom, Prénom

No. de téléphone

Courriel

Lieu de pratique

- Référent de la présente demande

Coordonnées du médecin qui fera le 2^e avis médical

Nom, Prénom

No. de téléphone

Courriel

Lieu de pratique

- Référent de la présente demande

Coordonnées des médecins spécialistes pertinents à la condition (facultatif)

Motifs, enjeux, commentaires

Motifs de la demande

Enjeux vécus

Commentaires

Document(s) joint(s) (facultatif)

- Rapport médical
- Profil pharmacologique
- Autre _____

Signature

Date _____
(aaaa/mm/jj)

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

Acheminer la demande de référence par courriel au : amm.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Joindre la demande d'aide médicale à mourir signée par l'utilisateur