

### Complément d'informations lors d'une demande d'aide médicale à mourir (AMM)

#### À remplir par la personne qui reçoit une demande d'AMM

Vous devez transmettre toute nouvelle demande d'AMM signée et datée par l'utilisateur accompagnée du présent formulaire dûment complété par courriel à : [aide-medicale-a-mourir.cissslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:aide-medicale-a-mourir.cissslan@ssss.gouv.qc.ca) ou par télécopieur au 450 752-6419

Pour toute question concernant une demande d'AMM vous pouvez appeler au 450 759-8222 poste 4230 ou laisser un message. Les retours d'appel se feront du lundi au vendredi de 8h à 16h.

Nom : \_\_\_\_\_ DDN (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

# Dossier CH : \_\_\_\_\_ # Dossier CLSC : \_\_\_\_\_

Usager à HPLG unité \_\_\_\_\_ poste tél \_\_\_\_\_ à CHDL unité \_\_\_\_\_ poste tél \_\_\_\_\_

CHSLD \_\_\_\_\_ poste tél \_\_\_\_\_ Maison soins palliatifs \_\_\_\_\_ poste tél \_\_\_\_\_

Domicile :  Adresse : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Pronostic vital, si connu : \_\_\_\_\_

MD de famille : \_\_\_\_\_

Le médecin de famille est au courant de la démarche de l'utilisateur? OUI  NON

Implication 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> avis (préciser) : \_\_\_\_\_

Date de signature de la demande : \_\_\_\_\_ Par qui (titre): \_\_\_\_\_

Infirmière ou autre professionnel responsable du dossier et coordonnées : \_\_\_\_\_

ASI ou leader et coordonnées: \_\_\_\_\_

Travailleur social au dossier et coordonnées, si connu : \_\_\_\_\_

Intervenant en soins spirituels et coordonnées, si connu : \_\_\_\_\_

Validez si adresse/téléphone sont exacts sur l'adressographe  Valide

Sinon, précisez : \_\_\_\_\_

Lieu de fin de vie souhaité : Hôpital  Domicile :  Autre : \_\_\_\_\_

Besoin de transport : \_\_\_\_\_ Si oui préciser le type et les besoins: \_\_\_\_\_

Accès veineux : fiable ou difficile

#### A remplir par le groupe d'aide médicale à mourir

Date du 1<sup>er</sup> avis (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_

Date du 2<sup>e</sup> avis (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_ D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_

Date administration AMM : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Date où les documents ont été postés : \_\_\_\_\_

No AMM ADM  No AMM non ADM  No de demande