

L N 2 2 6 3

**COMPLÉMENT D’INFORMATION DEMANDE AMM**

***À remplir par l’intervenant qui reçoit la demande AMM avec l’usager et transmettre au guichet AMM***

*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.*

Secteur : Sud ☐ Nord ☐ # Dossier CH : # CLSC :

Prénom /Nom : Date de naissance :

aaaa/mm/jj

Diagnostic : Pronostic :

Médecin de famille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Patient porteur pacemaker ☐ ou défibrillateur ☐

|  |
| --- |
| **Emplacement actuel de l’usager** |
| ☐ Domicile  Adresse : \_ Tél. : |
| ☐ CHDL ☐ HPLG  Unité : Poste tél. : |
| ☐ CHSLD  Nom : Poste tél. : |
| ☐ Maison de soins palliatifs  Nom : Tél. : Poste : |

|  |
| --- |
| **Emplacement souhaité pour recevoir l’AMM** |
| Domicile ☐ Hôpital ☐ Autre : |
| Transport nécessaire? NON ☐ OUI ☐ Si oui, précisez le type et les besoins : |

# Intervenant

Infirmière : Tél. : ASI ou leader clinique : Tél. :

Travailleur social : Tél. :

Intervenant en soins spirituels : Tél. :

Intervenant pivot : Tél. : Médecin du 1er avis: Médecin du 2e avis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Commentaires :

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Signature : Date (aaaa/mm/jj) :

Pour toute question concernant une demande d’AMM, appeler au :

450 759-8222, poste 4230. Les retours d’appel se font du lundi au vendredi entre 8 h à 16 h.

LN2263 ( 2020-11-24) Dossier médical

# COMPLÉMENT D’INFORMATION DEMANDE AMM

D.I.C.: 3-4-4

Page 1 de 1