



DT9234

AVIS D'UN SECOND MÉDECIN SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom			
Prénom			
Date de naissance		Année	Mois
N° d'assurance maladie		Année	Mois
Adresse		Expiration	
Code postal	N° de téléphone	Ind.rég.	

1. Avez-vous un lien professionnel (hiérarchique, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie au médecin qui accompagne la personne et qui vous a demandé la consultation?

Non Oui, préciser la nature du lien et justifier

2. Avez-vous un lien professionnel (relation thérapeutique suivie, etc.) ou personnel (familial, etc.) qui vous relie à la personne qui demande une aide médicale à mourir?

Non Oui, préciser la nature du lien et justifier

3. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir?

4. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande une aide médicale à mourir?

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

5. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie?

Oui

Non, raison(s) invoquée(s) :

- La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
- La personne est mineure
- La personne n'est pas apte à consentir aux soins
- La personne n'est pas en fin de vie
- La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable
- Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables
- La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière libre et éclairée
- Autre(s) :

Justification si demande non admissible :

Identification de l'avis du second médecin

Lieu	Prénom et nom	N° de permis d'exercice			
Signature		Date	Année	Mois	Jour

Ce formulaire est versé au dossier médical de la personne qui demande une aide médicale à mourir.