



DT9233

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

PARTIE 3

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

Cette partie du formulaire contient les renseignements qui identifient le médecin ayant administré l'aide médicale à mourir, le médecin ayant donné un deuxième avis ainsi que les renseignements qui permettent à ces derniers d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir.

La Commission sur les soins de fin de vie, ainsi que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ne prendront connaissance de ces renseignements que si cela est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions respectives et, dans le cas de la Commission, en conformité avec le règlement sur la procédure suivie par la Commission sur les soins de fin de vie afin de vérifier le respect des conditions relatives à l'administration de l'aide médicale à mourir et sur les renseignements devant lui être transmis à cette fin.

Renseignement permettant aux médecins d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

Nom de l'établissement et de l'installation (le cas échéant), de la maison de soins palliatifs ou de la clinique privée	Numéro de dossier
---	-------------------

Identification du médecin qui a administré l'aide médicale à mourir

Nom	Prénom	N° de permis d'exercice		
Coordonnées professionnelles				
Adresse de correspondance			Ind. rég.	Téléphone
Signature du médecin		Date	Année	Mois

Identification du second médecin

Nom	Prénom	N° de permis d'exercice		
Coordonnées professionnelles				
Adresse de correspondance			Ind. rég.	Téléphone