|  |  |
| --- | --- |
| AIDE MÉMOIRE : AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)  MÉDECIN | |
| Demande d’information | * Répondre aux questions de l’usager. * Explorer les motifs de la demande d’AMM. * S’assurer que le patient connaît bien son diagnostic, son espérance de vie, les alternatives de traitement. * Optimiser les soins palliatifs. * Discuter avec le patient des critères d’admissibilité à l’AMM. * Contacter le GIS pour tout questionnement : 819 293-2071 poste 54107 |
| Demande d’aide médicale à mourir | *Une demande d’AMM ne doit pas rester sans réponse même si le processus ne va pas jusqu’à l’administration.*   * S’assurer que le formulaire de demande d'AMM est signé par l’usager, contresigné par un professionnel de la santé et signé par **deux témoins indépendants** de la personne. * Évaluer les critères d’admissibilité à l’AMM. * S’assurer du caractère libre de la demande (ne résulte pas de pression extérieure). * S’assurer du caractère éclairé de la demande notamment, en l’informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences. * S’assurer de la persistance des souffrances physiques et/ou psychologiques et de la volonté réitérée d'obtenir l’AMM en menant avec elle des entretiens à des moments différents. * Discuter avec les membres de l'équipe de soins en contact régulier avec le patient. * Discuter de la demande avec les proches, si le patient le souhaite. * S'assurer que la personne a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'elle souhaitait contacter * Consigner au dossier l’ensemble des démarches effectuées.  |  | | --- | | *Évaluation clinique de l’aptitude* | | * **Compréhension de l’information d’après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse :** | | 1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle elle demande l’AMM? | | | 1. La personne comprend-elle la nature et le but de l’AMM? | | | 1. La personne comprend-elle les avantages et les risques de l’AMM (et des soins alternatifs, y compris ne pas procéder à l’AMM)? | | | 1. La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas procéder à l’AMM? 2. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?  |  | | --- | | * **Appréciation de l’information sur un plan personnel** : La personne est-elle capable de s’approprier l’information reçue sur l’ensemble des options, de l’appliquer à sa propre personne et de faire preuve d’autocritique? | | * **Raisonnement sur l’information** : La personne est-elle capable de comparer les risques et les bénéfices de chacune des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d’elles et de justifier son choix? | | * **Expression de son choix** : La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant? | | |   **Si la demande répond aux critères d’admissibilité**   * Obtenir l'avis d'un second médecin quant au respect des conditions d’accès à l’AMM. (formulaire à compléter par le second médecin et note à inscrire au dossier) * S’engager à accompagner le patient jusqu’au terme du processus et à demeurer auprès de lui jusqu'à son décès. * S’engager à administrer lui-même l’AMM. * Respecter le délai de 10 jours francs (sauf exception : décès imminent ou risque de perdre aptitude à consentir)   **Si la demande ne répond pas aux critères d’admissibilité** (après l'évaluation du médecin ou du second médecin)   * Signifier au patient que la demande est refusée et expliquer les raisons. * Consigner le résumé de l’évaluation et de la rencontre avec le patient au dossier du patient. * Compléter le Formulaire électronique en choisissant le scénario suivant : *Vous avez évalué le patient et avez constaté qu’il n’est pas admissible à l’AMM* * Continuer à prodiguer au patient les soins interdisciplinaires requis par son état de santé. |
| Préparation de l’aide médicale à mourir | * Déterminer le lieu et le moment de l’AMM avec l’usager. * Si l’AMM se déroulera en CH ou CHSLD, s’assurer de la disponibilité d’une chambre qu’il sera seul à occuper. * Contacter le chef de département de pharmacie qui désignera le pharmacien (Mathieu Lapointe 819 740-2638) * Discuter avec le pharmacien du protocole à utiliser et compléter l’ordonnance pré-imprimée. * Lire le *Formulaire de déclaration de l’administration d’aide médicale à mourir.* (formulaire électronique) |
| Administration de l'aide médicale à mourir | * Récupérer en main propre les 2 trousses préparées par le pharmacien. * S’assurer de nouveau du caractère libre et éclairé de la demande, de la persistance des souffrances et de la volonté réitérée de recevoir l’AMM. * Expliquer à l’usager et sa famille le déroulement de l’administration. * Administrer le protocole pharmacologique de l'AMM. * Demeurer auprès de la personne jusqu’à son décès. * Constater le décès et inscrire comme cause de décès sur le formulaire SP-3 **la maladie** qui a mené à la demande de l’AMM et non pas l’AMM. * Compléter le dossier du patient. * Retourner les trousses et signer le registre des médicaments. * Participer à une courte rencontre avec les membres de l’équipe afin d’effectuer un retour sur le déroulement de l’AMM. |
| Déclaration de l’AMM | * Compléter le formulaire de déclaration électronique sur safir. Il sera acheminé directement à la Commission sur les soins de fin de vie et le CMDP. Vous n’avez pas besoin d’imprimer de copies. |

**Groupe interdisciplinaire de soutien pour l’aide médicale à mourir**

**819 293-2071 poste 54107**