



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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

Je demande au Docteur (*nom du médecin*)

de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (*personne*) : _____

Date | Année | Mois | Jour

Tiers autorisé¹, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (*adresse*) :

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :

Signature : _____

Date | Année | Mois | Jour

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent à la signature :

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

La version originale du document doit être remise au médecin et versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 32 de la Loi concernant les soins de fin de vie.

¹ Conformément à l'article 25 de la Loi concernant les soins de fin de vie, le tiers autorisé ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne, et ne peut être ni un mineur ni un majeur inapte.