

Formulaire de demande du patient

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT		
Nom de famille du patient	Prénom du patient	Deuxième prénom du patient (le cas échéant)
Date de naissance (mois/jj/aaaa)	Numéro d'assurance-maladie	Numéro de dossier de santé
Fournisseur de soins primaires	Numéro de téléphone	Diagnostic
En cochant les cases et en apposant ma signature ci-dessous, je soussigné, le patient, confirme que :		
<input type="checkbox"/> Je présente cette demande d'aide médicale à mourir de mon plein gré, sans pression externe de qui que ce soit.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que deux fournisseurs de soins de santé indépendants m'évalueront (médecins ou infirmières praticiennes) pour déterminer si je réponds aux critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que dans le processus d'aide médicale à mourir, un médecin ou une infirmière praticienne me prescrira un médicament que je m'administrerai moi-même et entraînera ma mort, ou encore un médecin ou une infirmière praticienne m'administrera un médicament qui entraînera ma mort.		
<input type="checkbox"/> J'autorise le médecin ou l'infirmière praticienne et l'équipe de soins de santé à consulter mes dossiers médicaux afin de déterminer mon admissibilité à l'aide médicale à mourir.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que les documents d'aide médicale à mourir seront conservés pour assurer la surveillance des processus d'aide médicale à mourir.		
<input type="checkbox"/> Je comprends que j'ai le droit de retirer ma demande d'aide médicale à mourir en tout temps.		
Signature du patient	Nom du patient (en lettres détachées)	Date (mois/jj/aaaa)
SIGNATURE DU MANDATAIRE (Remplir seulement si le patient est physiquement incapable de signer lui-même)		
<input type="checkbox"/> Je suis âgé d'au moins 18 ans et je comprends en quoi consiste une demande d'aide médicale à mourir.		
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas bénéficiaire du TESTAMENT du patient susmentionné et ne recevrait aucun autre avantage financier ou matériel résultant de la mort du patient.		
<input type="checkbox"/> Je signe le présent document au nom du patient susmentionné en sa présence, à sa demande explicite.		
Signature du mandataire	Nom (en lettres détachées)	Date (mois/jj/aaaa)
2. SIGNATURE DU TÉMOIN ET CONFIRMATION DE LA PRÉSENCE D'UN TÉMOIN INDÉPENDANT		
En signant le présent formulaire, moi, le témoin, je confirme que :		
<input type="checkbox"/> J'ai au moins 18 ans et je comprends qu'on m'a demandé de fournir une confirmation écrite que je suis témoin de la signature du patient qui présente la demande d'aide médicale à mourir.		
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas bénéficiaire du TESTAMENT du patient susmentionné et ne recevrait aucun autre avantage financier ou matériel résultant de la mort du patient.		
<input type="checkbox"/> Je suis ni le propriétaire ni l'exploitant d'un établissement de soins de santé où le patient susmentionné réside ou reçoit des traitements.		
<input type="checkbox"/> Le patient susmentionné (ou son mandataire, en la présence du patient et à la demande explicite du patient) signe le présent formulaire de demande d'aide médicale à mourir en ma présence.		
<input type="checkbox"/> Je déclare que le patient m'a confirmé qu'il soumet le présent formulaire de demande d'aide médicale à mourir de son plein gré, sans pression externe de qui que ce soit.		
<input type="checkbox"/> Je ne suis pas un médecin ou une infirmière praticienne qui a évalué ou évaluera l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir.		
Signature du témoin indépendant	Nom (en lettres détachées)	Date (mois/jj/aaaa)