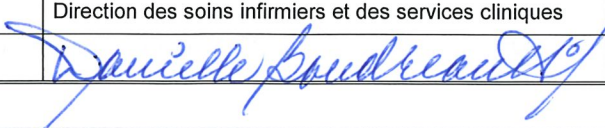


SOINS DE FIN DE VIE			
Préparé par :	Direction des soins infirmiers et des services cliniques	Codification :	DSISC-190331-1
Destinataires :	Tout le personnel – Médecin – Professionnels - Gestionnaires	Entrée en vigueur :	Mars 2017
Approuvé par :	Direction des soins infirmiers et des services cliniques	Révision :	Mars 2019
Signature :			

PRÉAMBULE

Depuis plusieurs années, les soins palliatifs et de fin de vie sont au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plusieurs étapes importantes dans l'organisation des soins et des services en ce domaine en témoignent.

En juin 2014, le gouvernement du Québec adoptait la Loi concernant les soins en fin de vie (Chapitre S-32.0001). Par l'adoption de cette loi, l'État, d'une part, précise le droit des personnes de recevoir des soins palliatifs de fin de vie et, d'autre part, définit les modalités de prestation et d'encadrement de ces soins dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi, qui est entrée en vigueur le 10 décembre 2015, a pour objet d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie.

De plus, le 17 juin 2016, le parlement du Canada a adopté le projet de Loi C-14, soit la Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir).

OBJECTIFS

La présente politique a pour but d'assurer aux résidents en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits, l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que tout résident ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances, incluant la sédation palliative continue (SPC) et l'aide médicale à mourir (AMM).

La *Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)*, prévoit que le Manoir St-Patrice doit adopter une politique portant sur les soins de fin de vie. Cette politique doit tenir compte des orientations ministérielles et être diffusée auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé ou des services sociaux qui y exercent leur profession, des usagers en fin de vie et de leurs proches (2014, c.2, Art. 8).

DÉFINITIONS

Aide médicale à mourir (AMM)

Un soin consistant en l'administration de médicaments par un médecin à une personne en fin de vie, à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès.

Aptitude à consentir aux soins

Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle une intervention lui est proposée, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Arrêt de traitement

Fait de cesser des soins ou traitements susceptibles de maintenir la vie.

Directives médicales anticipées (DMA)

Instructions que donne une personne apte à consentir aux soins sur les décisions à prendre en matière de soins dans l'éventualité où elle ne serait plus en mesure de les prendre elle-même. Elle ne peut toutefois, au moyen de telles directives, formuler une demande d'aide médicale à mourir.

Indépendance des médecins (Art. 241.2[6] du Code criminel)

Pour être indépendant, ni le médecin qui fournit l'AMM, ni celui qui donne l'avis ne peuvent :

- Conseiller l'autre dans le cadre d'une relation de mentorat ou être chargé de superviser son travail.
- Savoir où croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, autre que la compensation normale pour les services liés à la demande.
- Savoir ou croire qu'il est lié à l'autre ou à la personne qui fait la demande de toute autre façon qui porterait atteinte à son objectivité.

Proches

Toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif. Il s'agit d'un membre de la famille, d'un ami ou de toute personne qui a un intérêt particulier pour le résident.

Pronostic réservé

Prévision peu favorable liée à l'évolution de la maladie ou à la gravité des lésions, selon laquelle les chances de survie à plus ou moins long terme sont compromises.

Refus de soins

Fait, pour une personne, de refuser un soin, un traitement, une intervention ou d'être hébergée.

Sédation palliative continue (SPC)

Soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistant à l'administration de médicaments à une personne en fin de vie, dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès.

Soins de fin de vie

Les soins offerts aux personnes en fin de vie et l'AMM.

Soins palliatifs

Les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec un pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et leur offrir, ainsi qu'à leurs proches, le soutien nécessaire.

Témoins indépendants (Art. 241.2[5] du Code criminel)

Toute personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans et qui comprend la nature de la demande d'AMM peut agir en qualité de témoin indépendant, sauf si :

- Elle sait ou croit qu'elle est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'elle recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci;
- Elle est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celle-ci réside;
- Elle participe directement à la prestation de services de santé à la personne qui fait la demande;
- Elle fournit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Tiers autorisé* (Art. 241.2[4] du Code criminel)

Personne qui est âgée d'au moins dix-huit ans, qui comprend la nature de la demande d'AMM et qui ne sait pas ou ne croit pas qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci peut le faire expressément à sa place, en sa présence et selon ses directives.

*Cette définition est utilisée uniquement pour l'AMM.

ÉNONCÉ

Orientations ministérielles

Il est de la responsabilité du MSSS d'émettre un certain nombre d'orientations pour encadrer l'action des établissements dans l'organisation et la dispensation des soins en fin de vie. Ces orientations concernent à la fois les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Plus récemment, elles incluent aussi les balises promulguées par la Loi concernant les soins de fin de vie. Les orientations entourant les soins de fin de vie se définissent comme suit :

- L'accès aux soins est équitable pour tous et disponible au Québec.
- Les soins sont offerts selon un continuum fluide dans chacun des territoires et à tous les niveaux des organisations.
- La qualité des soins et des services offerts est assurée par le biais d'équipes interdisciplinaires.
- Les intervenants doivent être sensibilisés au caractère inéluctable de la mort.

Ces orientations permettront notamment :

- D'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie en précisant les droits des personnes.
- De consacrer la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne, notamment par la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Information aux résidents et leurs proches

Le Manoir St-Patrice doit informer les résidents et leurs proches des soins de fin de vie qui y sont offerts, des modalités d'accès à ces soins, de même que des droits des personnes en fin de vie et de leurs recours. Ces renseignements sont aussi accessibles sur son site Internet. (2014, c.2, Art. 18).

Le Manoir St-Patrice rend disponible les informations requises qui se trouvent dans les documents suivants :

- Son code d'éthique.
- Cette politique et procédure.
- Son programme d'accompagnement en fin de vie dans le respect et la dignité;
- La brochure *Droits de la personne en fin de vie* du MSSS. (Annexe 1)
- La brochure *Directives médicales anticipées* du MSSS. (Annexe 2)

Offre de service

Le Manoir St-Patrice offre des soins palliatifs et de fin de vie et veille à ce qu'ils soient prodigués au résident qui les requiert en continuité et en complémentarité avec les autres soins qui lui sont ou lui ont été dispensés.

À cette fin, il prend les mesures nécessaires pour favoriser l'interdisciplinarité entre les différents professionnels de la santé et des services sociaux et la collaboration des différents intervenants concernés qui offrent des services à ses résidents. (2014, c.2, Art. 7).

Les soins palliatifs et de fin de vie sont offerts aux résidents, peu importe la pathologie et dans tous les milieux de prestations de soins selon les dispositions législatives.

Pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, le Manoir St-Patrice doit offrir à la personne une chambre privée. (2014, c.2, Art. 12). À cette fin, la chambre palliative située à l'unité 1 est utilisée en priorité pour les résidents en fin de vie qui occupent une chambre semi-privée.

Programme d'accompagnement en fin de vie dans le respect et la dignité

Le Manoir St-Patrice a prévu, dans son plan d'organisation, un programme clinique de soins de confort et d'accompagnement de fin de vie. Il contient notamment les composantes essentielles :

- Valeurs et principes directeurs.
- Objectifs généraux et particuliers.
- Actualisation de l'offre de service.
- Offre de service de base.
- Planification préalable des soins de fin de vie.
- Directives médicales anticipées.
- Sédation palliative continue.
- Aide médicale à mourir.
- Suivi du deuil.
- Évaluation du programme.
- Profil des compétences.
- Rôles et responsabilité des membres de l'équipe interdisciplinaire.
- Mesures de soutien complémentaires.
- Consignes particulières lors du décès d'un résident.

Le programme d'accompagnement en fin de vie dans le respect et la dignité a été transmis à la Commission sur les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 9).

Code d'éthique

Le code d'éthique adopté par le Manoir St-Patrice en vertu de l'article 233 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux tient compte des droits des personnes en fin de vie. (2014, c.2, Art. 10).

Le Manoir St-Patrice fait la promotion du code d'éthique en le remettant à chaque nouveau résident hébergé et ses proches ainsi qu'à tous les nouveaux employés et en le rendant disponible à tous ceux qui en font la demande. Il est aussi disponible sur le site internet du Manoir St-Patrice.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration a adopté un règlement, la politique et procédures ainsi que les protocoles relatifs aux soins de fin de vie. Il prend connaissance du rapport annuel concernant les soins de fin de vie déposé par la directrice générale du Manoir St-Patrice.

Directrice générale

Chaque année, la directrice générale du Manoir St-Patrice fait produire un rapport sur l'application de cette politique et le transmet au Conseil. Le rapport présente les indicateurs suivants :

- Le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs.
- Le nombre de SPC administrées.
- Le nombre d'AMM administrées.
- Le nombre de demandes d'AMM formulées par écrit qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été.
- Nombre de DMA déposés au dossier.
- La corrélation entre le nombre de résidents en fin de vie et l'accès à une chambre privée.

Le rapport est publié sur le site Internet du Manoir St-Patrice et transmis à la Commission sur les soins de fin de vie instituée en vertu de l'article 38 au plus tard le 30 juin de chaque année. Le Manoir St-Patrice inclut un résumé de ce rapport dans une section particulière de son rapport annuel de gestion. (2014, c.2, Art. 8)

Service médical

Le service médical adopte les protocoles cliniques applicables à la SPC, l'AMM et les DMA. Les protocoles doivent respecter les normes cliniques élaborées par les ordres professionnels concernés. (2014, c.2, Art. 33)

Le service médical veille également à l'amélioration de certains aspects de la pratique de l'AMM et à l'évaluation des directives cliniques.

Directrice des soins infirmiers et des services cliniques

La directrice des soins infirmiers et des services cliniques évalue la qualité des soins fournis, notamment en regard aux protocoles cliniques applicables. (2014, c.2, Art. 34).

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Conditions

Avant d'exprimer son consentement à la SPC, le résident en fin de vie ou, le cas échéant, la personne qui peut consentir aux soins pour lui doit, entre autres, être informé du pronostic relatif à la maladie, du caractère irréversible de ce soin et de la durée prévisible de la sédation.

Le médecin doit, entre autres, s'assurer du caractère libre du consentement en vérifiant qu'il ne résulte pas de pressions extérieures, qu'elles soient financières, psychologiques ou relationnelles. (2014, c.2, Art. 24).

Même si l'ensemble des acteurs de la situation clinique participe au processus décisionnel, c'est au médecin lui-même qu'incombe la responsabilité de procéder ou non à une sédation palliative. C'est lui qui prescrit et qui amorce la sédation palliative en collaboration avec l'infirmière. La présence d'un membre de l'équipe médicale est donc nécessaire pour commencer la sédation.⁴

Consentement

Le consentement à la SPC doit être donné par écrit au moyen du formulaire AH-880 (Annexe 3) prescrit par le ministre et être conservé dans le dossier du résident.

Le résident ou son représentant doit être informé de son droit de refuser la procédure ou de reporter sa décision et des conséquences de l'un ou de l'autre de ses choix.

Lorsque la personne qui consent à la SPC ne peut dater et signer le formulaire AH-880 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers autorisé peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. (2014, c.2, Art. 25).

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit la SPC dans les installations du Manoir St-Patrice doit, dans les 10 jours de son administration, informer le Collège de médecin en utilisant le formulaire CC300 *Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue*. (Annexe 4). (2014, c.2, Art. 34).

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Conditions d'admissibilités

Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'AMM :

- Être assurée au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.
- Être majeure et apte à consentir aux soins. (Voir : « Aptitude à consentir aux soins », ci-après.
- Être en fin de vie.
- Être atteinte d'une maladie grave et incurable.
- Être dans une situation médicale qui se caractérise par un déclin irréversible de ses capacités.
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables. (2014, c.2, Art. 26)

Demande d'AMM

Le résident doit, de manière libre et éclairée, formuler pour lui-même la demande d'AMM au moyen du formulaire AH-881 (Annexe 5) prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par celui-ci.

Le formulaire doit être signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci. (2014, c.2, Art. 26). Deux témoins indépendants doivent assister à la signature du formulaire et le contresigner. (Voir la définition à la page 2)

Lorsque la personne qui demande l'AMM ne peut dater et signer le formulaire AH-881 parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne. Le tiers ne peut faire partie de l'équipe de soins responsable de la personne et ne peut être un mineur ou un majeur inapte. (2014, c.2, Art. 27).

Une personne peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande d'AMM.

Elle peut également, en tout temps et par tout moyen, demander de reporter l'administration de l'AMM. (2014, c.2, Art. 28).

Doit être inscrit ou versé dans le dossier de la personne, tout renseignement ou document en lien avec la demande d'AMM, que le médecin l'administre ou non, dont le formulaire de demande d'AMM, les motifs de la décision du médecin et, le cas échéant, l'avis du médecin consulté.

Doit également être inscrite au dossier du résident, sa décision de retirer sa demande d'AMM ou de reporter son administration. (2014, c.2, Art. 32).

Aptitude à consentir aux soins

ESTIMATION DE QUATRE HABILITÉS COGNITIVES
1. Compréhension de l'information d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse : A. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle elle demande l'AMM? B. La personne comprend-elle la nature et le but de l'AMM? C. La personne comprend-elle les avantages et les risques de l'AMM (et des soins alternatifs, y compris ne pas procéder à l'AMM)? D. La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas procéder à l'AMM? E. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?
2. Appréciation de l'information sur le plan personnel : La personne est-elle capable de s'approprier l'information reçue sur l'ensemble des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d'elles et de justifier son choix?
3. 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?
4. Expression de son choix : La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant?

Objection de conscience

Médecin

Tout médecin qui exerce sa profession au Manoir St-Patrice et qui refuse une demande d'AMM pour un motif non fondé sur l'article 29 doit, le plus tôt possible, en aviser la directrice générale du Manoir St-Patrice ou toute autre personne qu'il désigne et, le cas échéant, lui transmettre le formulaire de demande d'AMM qui lui a été remis. La directrice générale, ou la personne qu'elle a désignée, doit alors faire les démarches nécessaires pour trouver, le plus tôt possible, un médecin qui accepte de traiter la demande conformément à l'article 29 de la Loi concernant les soins de fin de vie. (2014, c.2, Art. 31)

Un médecin peut refuser d'administrer l'AMM en raison de ses convictions personnelles. (2014, c.2, Art. 50). Il ne doit pas pour autant abandonner le résident qui en fait la demande. Il doit continuer à lui prodiguer tous les soins appropriés à son état de santé en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Invoquer une objection de conscience pour refuser d'évaluer la souffrance ou effectuer un examen clinique de l'inaptitude à consentir aux soins ou encore pour se prononcer sur le pronostic vital d'un résident qui demanderait une AMM n'est pas justifiable.

Il est possible de communiquer avec le DSP, CISSS de Laval, au :
800, boulevard Chomedey, Tour A, 3e étage, Laval (Québec) H7V 3Y4
www.lavalensante.com
Téléphone : 450 978-2121
Télécopieur MADO : 450 978-2118
Dr Jean-Pierre Trépanier
Directeur de santé publique

Autres professionnels de la santé

Un professionnel de la santé peut refuser de participer à l'administration de l'AMM en raison de ses convictions personnelles.

Un tel professionnel de la santé doit alors néanmoins s'assurer de la continuité des soins offerts à la personne, conformément à ce qui est prévu à son code de déontologie et à la volonté de la personne. (2014, c.2, Art. 50).

Critères évalués par le médecin

Avant d'administrer l'AMM, le médecin doit :

Être d'avis que le résident satisfait à toutes les conditions prévues à l'article 26, notamment :

- En s'assurant auprès de lui du caractère libre de sa demande, notamment en l'informant du pronostic relatif à la maladie, des possibilités thérapeutiques envisageables et de leurs conséquences.
- En s'assurant de la persistance de ses souffrances et de sa volonté réitérée d'obtenir l'AMM, en menant avec lui des entretiens à des moments différents, espacés par un délai raisonnable compte tenu de l'évolution de son état.
- En s'entretenant de sa demande avec des membres de l'équipe de soins en contact régulier avec lui, le cas échéant.
- En s'entretenant de sa demande avec ses proches, s'il le souhaite.
- S'assurer que le résident a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait contacter.
- Obtenir l'avis d'un second médecin confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 via le DSP du CISSS de Laval.

Le médecin qui donne le second avis doit être indépendant envers le médecin qui administrera l'AMM. Le médecin consulté pour donner son avis concernant le respect des critères légaux doit bien entendu détenir les compétences requises pour évaluer les conditions relatives à l'état de santé du résident. Pour les cas les plus complexes et conformément à une pratique médicale adéquate, il peut être indiqué de demander à un médecin possédant une expertise pertinente (en lien avec la pathologie, les soins de fin de vie ou la psychiatrie, par exemple) de donner cet avis.

Il est à noter que l'avis du second médecin doit être objectif et impartial. Il ne doit pas être influencé par ses convictions personnelles de ce dernier. Un médecin dont les convictions personnelles de nature morale ou religieuse ne lui permettent pas de participer à l'AMM devrait s'abstenir de participer à cette deuxième consultation.

Il peut arriver que le médecin traitant du résident accepte sa demande d'AMM, mais qu'il préfère ne pas administrer lui-même les médicaments, et ce, pour des raisons autres que des convictions personnelles. Un confrère, qui ne connaît pas le résident, peut accepter de le faire. Ce dernier devient alors responsable de mener le processus décisionnel avec le résident, de prendre en considération sa demande d'AMM, d'évaluer les indications, d'exercer son jugement professionnel, de respecter l'ensemble de la procédure exigée par la loi, d'administrer l'AMM et d'en informer les instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou la conformité à la loi. Le médecin traitant, quant à lui, doit pouvoir poursuivre

sa relation thérapeutique avec le résident et continuer de lui prodiguer les soins requis. Il connaît bien le résident, parfois depuis des mois ou même des années. À moins qu'il ne se sente pas suffisamment objectif ou compétent, il doit pouvoir être consulté et donner l'avis du second médecin quant au respect des conditions prévues à l'article 26 de la LCSFV et à l'article 241.2 (1) du code criminel.

Le résident doit pouvoir consentir à la consultation d'un second médecin prévue par la loi.

Le second médecin doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit (art.29 (3) de la LCSFV) et son rapport, dûment daté, doit être joint au dossier (art. 32 al. 1 de la LCSFV). Il lui est possible d'utiliser le formulaire intitulé "Avis du second médecin consulté sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir" proposé par le MSSS. Le cas échéant, ce formulaire ne doit pas être transmis aux instances responsables d'évaluer la qualité de l'acte ou sa conformité à la loi, à moins qu'elles ne le demandent expressément.

Si le médecin consulté ne peut confirmer que toutes les conditions sont respectées, alors l'AMM ne peut pas être pratiquée. On peut présumer que les discordances d'avis touchent plus volontiers les conditions relatives à la souffrance vécue par le résident et à l'évaluation de son pronostic vital, éventuellement à l'aptitude à consentir aux soins, que les autres, purement administratives.

Le cas échéant et conformément à ce qu'exige la LCSFV, le résident peut éventuellement refaire une demande et les procédures peuvent être réitérées. Le soutien offert par le GIS peut-être bénéfique au résident comme à l'équipe interdisciplinaire qui l'accompagne.

L'avis du médecin consulté (et non le formulaire) devra être systématiquement rapporté par le médecin qui administrera l'AMM, au moment de sa déclaration à la Commission sur les soins de fin de vie au moment de la déclaration d'AMM.

Le médecin qui reçoit la demande d'AMM et qui serait prêt à l'administrer doit informer le résident du rapport rédigé par le médecin consulté. Il doit lui expliquer clairement les constatations exprimées et en discuter avec lui. Notons que le résident a le droit d'accéder à l'ensemble de son dossier médical. Tout médecin consulté doit en tenir compte au moment de rédiger son rapport.

(Extrait tiré du Guide et lignes directrices, novembre 2017 et adapté à la terminologie de l'établissement).

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard de la personne qui demande l'AMM qu'à l'égard du médecin qui demande l'avis. Il doit prendre connaissance du dossier de la personne et examiner celle-ci. Il doit rendre son avis par écrit avec l'aide du formulaire prescrit par le ministère AH-883. (Annexe 6). (2014, c.2, Art. 29).

En plus de ces critères, la loi fédérale ajoute plusieurs mesures de sauvegarde qui doivent être respectées (Art. 241.2[3], du Code criminel) :

Avant de fournir l'AMM, le médecin doit, à la fois :

- Être d'avis que la personne qui a fait la demande d'AMM répond à tous les critères.
- S'assurer que la demande :
 - A été faite par écrit et que celle-ci a été datée et signée par la personne ou un tiers.
 - A été datée et signée après que la personne a été avisée par un médecin qu'elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables.
- Être convaincu que la demande a été datée et signée par la personne ou par un tiers devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour.
- S'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande.
- S'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin confirmant le respect de tous les critères prévus a été obtenu.
- Être convaincu que lui et l'autre médecin sont indépendants.
- S'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne ou en son nom et celui où l'AMM est administrée ou, si lui et le médecin jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances. Le cas échéant, l'avis des médecins doit être inscrit dans le dossier du résident.

- Immédiatement avant de fournir l'AMM, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'AMM.
- Si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont communiqués et faire connaître sa décision.

Avis de déclaration du médecin

Le médecin qui fournit l'AMM dans les installations du Manoir St-Patrice doit, dans les 10 jours suivant son administration, informer le Collège des médecins en utilisant le *Formulaire de déclaration de l'administration de l'aide médicale à mourir*, prescrit par le Ministère AH-881 (parties 1 à 3) (Annexe 7). (2014, c.2, Art. 34).

Groupe interdisciplinaire de soutien à l'aide médicale à mourir (GIS)

Le Manoir St-Patrice met en place un comité interdisciplinaire particulier pour les soins de fin de vie à qui le mandat du GIS a été confié. Deux objectifs encadrent les fonctions de ce groupe : le soutien aux équipes de soins dans le cheminement clinico- administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, et le soutien aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Les travaux de ce groupe sont sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers et services cliniques.

Le comité interdisciplinaire particulier du Manoir St-Patrice peut aussi être appuyé dans ses démarches par le GIS et le Comité d'éthique du CISSS de Laval. À cet effet, la direction générale ou la direction de soins infirmiers et des services cliniques peuvent le contacter au Téléphone : 450 668-1010, poste 24228

DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut indiquer à l'avance ses volontés en faisant des directives médicales anticipées (DMA) au cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Elle peut le faire par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre. (2014, c.2, arts 51-52).

Conditions

Les DMA s'appliquent uniquement en cas d'incapacité à consentir aux soins. Le formulaire limite les DMA à trois situations cliniques précises pour lesquelles la pertinence d'offrir certains soins est questionnée.

- Situation de fin de vie :
 - Condition médicale grave et incurable, en fin de vie.
- Situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives :
 - État comateux jugé irréversible.
 - État végétatif permanent.
- Autre situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives :
 - Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, sans possibilité d'amélioration (ex. : démence de type Alzheimer ou autre type de démence à un stade avancé).

Consentement

Les DMA ont la même valeur que des volontés exprimées par la personne. Les DMA ont une valeur contraignante, c'est-à-dire que les professionnels de la santé qui y ont accès ont l'obligation de les respecter dans des situations cliniques précises.

Protocole concernant les directives médicales anticipées

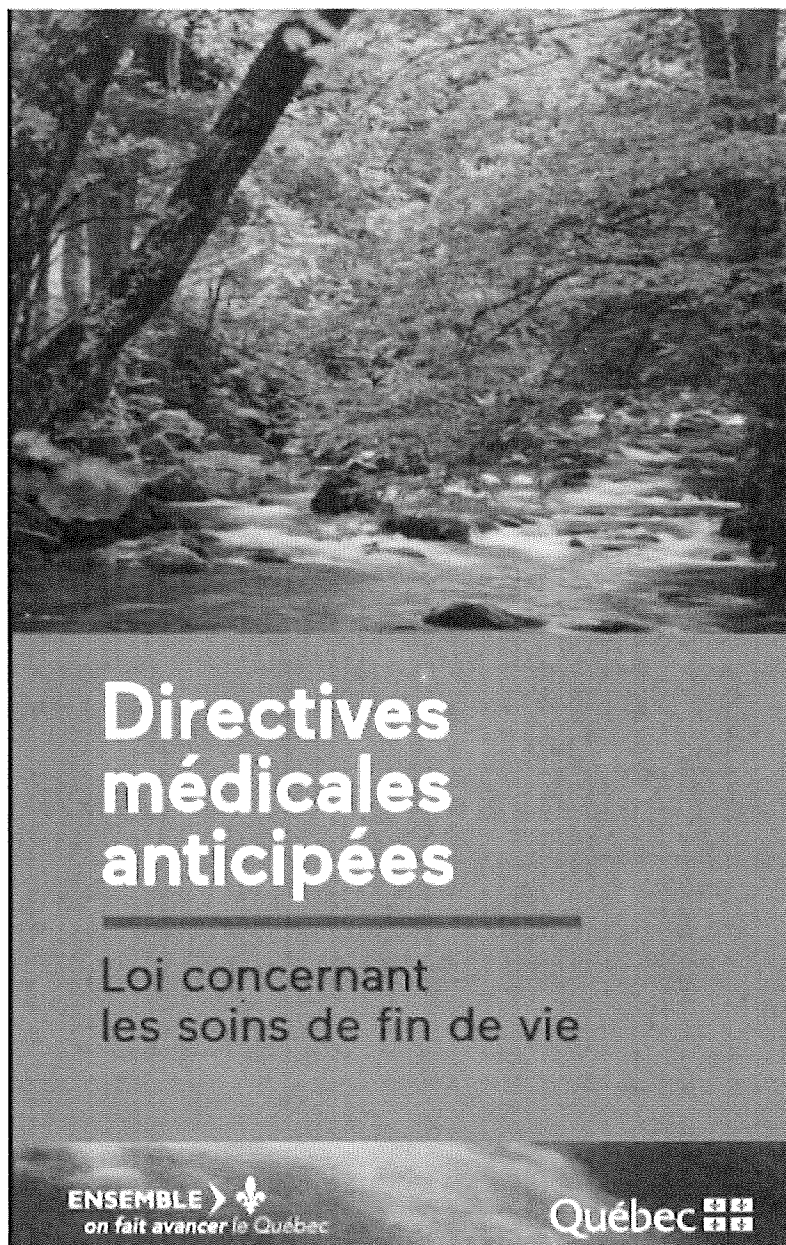
Un protocole concernant les DMA est disponible au Manoir St-Patrice. Ce protocole comprend le rôle des professionnels de la santé qui pourraient informer et soutenir les résidents qui souhaitent émettre leurs DMA, les modalités concernant le dépôt des DMA au dossier médical par les professionnels de la santé, les conditions de validité et d'application des DMA ainsi que les modalités d'accès aux DMA pour les professionnels ciblés en respect du règlement prescrit par le ministre qui définit les modalités d'accès et de fonctionnement du registre des DMA.

RÉFÉRENCES

1. Canada. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* : LC 2016, ch. 3 [En ligne], http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/page-1.html
2. CISSS Lanaudière. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Juin 2016.
3. CIUSSS Est de l'Île de Mtl. *Politique relative aux soins de fin de vie d'un établissement de santé et de services sociaux*. Septembre 2015.
4. Collège des médecins (CMQ), Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), Barreau du Québec, Chambre des notaires. *L'aide médicale à mourir, Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, novembre 2017
5. Collège des médecins (CMQ), *Sédation palliative en fin de vie : Guide d'exercice*, Montréal, Août 2016, 61 p.
6. Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), *Aide médicale à mourir : Guide d'exercice*, Montréal, août 2015, 88 p.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan de développement en soins palliatifs et de fin de vie 2015-2020*, Québec, 2015.
8. Québec. *Loi concernant les soins de fin de vie : RLQR, chapitre S-32.0001* [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2014. [En ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
10. Résidence Berthiaume Du Tremblay. *Politique relative aux soins de fin de vie*. Octobre 2016.
11. Centre Le Cardinal, *Politique soins de fin de vie*. Février 2017.



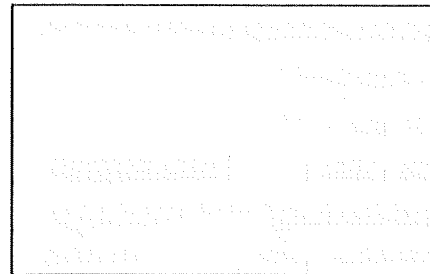
Annexe 2
(Brochure « Directives médicales anticipées »)



Annexe 3
(Formulaire AH-880 : Consentement à la SPC)



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**



Je consens à la sédation palliative continue.

Je comprends qu'en ce faisant, je consens à ce qu'on m'administre des médicaments ou des substances qui me rendront inconscient(e) de façon continue jusqu'à mon décès et ce, dans le but de soulager mes souffrances.

J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions et j'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends que je peux en tout temps retirer mon consentement avant l'administration de la sédation palliative continue, sur simple avis verbal.

Signature : _____

Date :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Tiers autorisé¹ : si la personne qui consent à la sédation palliative continue 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 : _____

Domicile(e) à (adresse) : _____

Lien avec la personne concernée qui consent à la sédation palliative continue : _____

Signature : _____

Date :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Le cas échéant, la **personne habilitée par la loi à donner un consentement substitué** dans le respect des volontés déjà exprimées par la personne concernée, devenue **incapable à consentir aux soins**.

Prénom et nom de la **personne habilitée à donner un consentement substitué** : _____

Lien avec la personne concernée : _____

Signature : _____

Date :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Déclaration du médecin présent lors de la signature du formulaire de consentement

Je certifie que toute l'information nécessaire à un consentement éclairé a été transmise aux personnes concernées et qu'à ma connaissance aucune pression extérieure n'a été exercée.

Prénom et nom du médecin _____	N° de permis d'exercice _____	Signature _____
-----------------------------------	----------------------------------	--------------------

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 incapable.

DSISC-190331-1

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
À LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE**

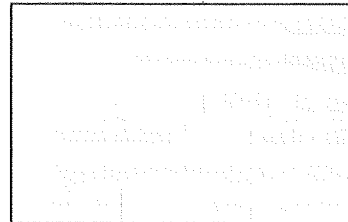
DSISC-190331-1

Annexe 4
(CC300 – Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue)

Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue	
PRESCRIPTEUR	
Nom du médecin ayant débuté la sédation palliative continue : _____	
# permis : _____	
CONSENTEMENT ÉCRIT (joindre une copie du consentement lors de l'envoi de la déclaration)	
<input type="checkbox"/> Consentement donné par le patient <input type="checkbox"/> Consentement substitué <input type="checkbox"/> Pas de consentement donné Justification : _____	
DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE	
Diagnostic principal : _____ Diversité de l'admission : <input type="checkbox"/> Justifier d'un usage de la sédation palliative continue <input type="checkbox"/> Douleur intrinsèque et intrinsèque <input type="checkbox"/> Douleur psychologique ou existentielle récurrente <input type="checkbox"/> Dysfonction respiratoire et inconfortable <input type="checkbox"/> Douleur respiratoire majeure et récurrente <input type="checkbox"/> Nausées et vomissements incoercibles <input type="checkbox"/> Déficit neurologique avec agitation psychomotrice incoercible <input type="checkbox"/> Autre symptomatologie : _____ <input type="checkbox"/> Autre symptomatologie : _____	
Approches thérapeutiques employées avant le recours à la sédation palliative continue : _____ # pharmacologiques : _____ # non-pharmacologiques : _____	
Sortir la <input type="checkbox"/> Sédation intermittente _____	
Quand l'utilisation en cours au début de la sédation # Nuisance par voie buccale : _____ <input type="checkbox"/> Nuisance du patient <input type="checkbox"/> Trés réduite ou cessée spontanément par le patient <input type="checkbox"/> Cessée au moment de l'initiation de la sédation <input type="checkbox"/> Autre : _____ # Nuisance par voie intraveineuse (gouttes, alimentation parentérale, store, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Oui - cessée le jour : _____ <input type="checkbox"/> Non	

Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (suite)				
DOCUMENTATION DE L'ÉTAT CLINIQUE (SUITE)				
# Nuisance en cours au début de la sédation : _____ <input type="checkbox"/> Nuisance du patient <input type="checkbox"/> Trés réduite ou cessée spontanément par le patient <input type="checkbox"/> Cessée au moment de l'initiation de la sédation <input type="checkbox"/> Autre : _____ # Nuisance par voie intraveineuse (gouttes, alimentation parentérale, store, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Oui - cessée le jour : _____ <input type="checkbox"/> Non				
PHARMACOTHÉRAPIE PRÉSCRITE				
Médication	Début de la sédation		Fin de la sédation	
	Date	Possibilité	Date	Possibilité
Morphine				
Morphine intraveineuse				
Atropine				
Propofol				
Durée de la sédation palliative continue : _____ jours ÉVOLUTION CLINIQUE JUSQU'AU DÉCÈS Date du décès : _____ heure : _____ <input type="checkbox"/> Mort pacifique <input type="checkbox"/> Soufflement incoercible <input type="checkbox"/> Complications : _____				
DÉCLARATION				
Formulaire complété le : _____				
Formulaire transmis le : _____				
<input type="checkbox"/> Au Collège des médecins du Québec				
Nom du médecin : _____		Signature du médecin : _____		
Date : _____		# permis : _____		
SECTION RÉSERVÉE À L'INSTANCE MÉDICALE D'ÉVALUATION (CMQ SELON LE CONTEXTE)				
Formulaire de déclaration reçu le : _____				
Nom du médecin responsable : _____				
Signature : _____ Date : _____				

Annexe 5
(Formulaire AH-881 : Demande d'AMM)



DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

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 autorisé : 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, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé : _____

Domicile(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 lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Prénom et nom : _____	Titre : _____	N° de permis d'exercice : _____
Signature du professionnel : _____		Date : _____ Année Mois Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :		
Témoin 1 : Prénom et nom : _____	Signature : _____	Date : _____ Année Mois Jour
Témoin 2 : Prénom et nom : _____	Signature : _____	Date : _____ Année Mois Jour

La version originale du document doit être remise au médecin le versée au dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, conformément à l'article 57 de la Loi concernant les soins du fin de vie.

¹ Conformément à l'article 20 de la Loi concernant les soins du fin de vie et l'article 241 (2) du Code criminel, le tiers autorisé ne peut être partie de l'équipe de soins responsable de la personne, ne peut être ni un conjoint ni un majeur incapable et ne peut avoir ou croire qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il reçoit, autrement, un avantage matériel (notamment pécuniaire), de la mort de celle-ci. Il doit également comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir.

² L'article 241 (2) du Code criminel prévoit que le demandeur doit être choisi et agréé devant deux témoins indépendants et incapables qui comprennent la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Un témoin ne peut pas être qualifié d'indépendant si : a) lui ou celui qu'il est bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou qu'il reçoit, autrement, un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; b) est propriétaire ou exploitant de l'établissement de soins de santé ou la personne qui fait la demande reçoit des soins ou du traitement au sein de cet établissement ou qu'il participe directement à la production de services de soins de santé; c) la personne qui fait la demande ou qu'il reçoit directement des soins personnels à la personne qui fait la demande.

Document communiqué

Document communiqué à l'Agence

Document communiqué à l'Agence

Annexe 6
(Formulaire AH-883 : Avis du 2^e médecin pour AMM)



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

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

☐ Non ☐ Oui, précisez la nature du lien et justifiez :

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, précisez la nature du lien et justifiez :

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, Prénom	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) invoqué(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

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

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

AH-883 (12/04-08/12) (Q)

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

Annexe 7
(Formulaire AH-882 – (3 parties-9 pages) : Déclarations d'AMM)

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR
PARTIE 1

Elle ne doit comporter aucune information permettant d'identifier directement une personne, un médecin, un professionnel de la santé, ou un lieu précis.

Section A – Renseignements concernant la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir

Date de naissance : / / Sexe : ☐ M ☐ F Date à laquelle la demande d'aide médicale à mourir a été formulée : / /

Section B – Critères d'admissibilité

La personne a une carte d'assurance maladie valide ☐ Oui, suspension ☐ Non, justification : _____

Les renseignements concernant la carte d'assurance maladie sont dans le dossier médical de la personne ☐ Oui ☐ Non, justification : _____

Le formulaire de demande d'aide médicale à mourir prouvé par le médecin a été signé et daté par la personne ou par un tiers ☐ Oui ☐ Non, par un tiers, raisons pour lesquelles le tiers a signé (à cas échéant) : _____

Le formulaire a été signé par : ☐ Ma présence ☐ Présence d'un autre professionnel de la santé ou des services sociaux

Si le demandeur a été rempli par un tiers, en quoi consiste, indiquez : _____

Avez-vous des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? ☐ Oui, justification : _____ ☐ Non

Si le demandeur a été rempli par un tiers professionnel de la santé ou des services sociaux, indiquez : _____

- Le professionnel a-t-il présenté le formulaire au demandeur? ☐ Oui ☐ Non
- Le formulaire a-t-il été rempli par un tiers, indiquez : _____
- Le professionnel a-t-il des raisons apparentes de douter du fait que le tiers répond aux critères prévus à l'article 27 de la Loi concernant les soins de fin de vie? ☐ Oui, justification : _____ ☐ Non
- État de l'interaction avec le professionnel de la santé ou des services sociaux qui a complété la demande : _____

Page 1

Nom de l'usager : _____ N° de dossier : _____

Section C – Critères en lien avec l'état de santé

1. L'espérance de vie : _____

2. L'absence de possibilité de guérison : _____

3. Nature et description des symptômes : _____

4. Nature et description des souffrances physiques, psychologiques et/ou sociales et de leur caractère constant et insupportable : _____

5. Mesures prises pour soulager les souffrances et pour éviter d'éventuelles complications, dans la mesure où la personne peut le vouloir : _____

Section D – Processus décisionnel

1. La personne est apte à consentir aux soins ☐ Oui ☐ Non
Raisons qui amèneraient à conclure qu'elle n'est pas apte à consentir aux soins : _____

2. Moyens offerts pour vérifier la sincérité des déclarations de la personne et plus spécifiquement pour s'assurer qu'elle ne souffre pas de pression extérieure : _____

3. Vérification du caractère sérieux de la demande, notamment par la vérification que le demandeur a bien été informé des éléments suivants et qu'elle comprend bien les informations qu'il ou elle a données à leur propos : _____

- Son diagnostic médical ☐ Oui ☐ Non
- Son pronostic vital ☐ Oui ☐ Non
- Les possibilités thérapeutiques envisageables et leurs conséquences ☐ Oui ☐ Non
- Les autres options de soins de fin de vie, incluant les soins palliatifs, la sédation profonde, le refus de traitement, etc. ☐ Oui ☐ Non
- Le déroulement de l'administration de l'aide médicale à mourir et les risques potentiels ☐ Oui ☐ Non
- Information transmise à la personne sur la loi qui s'applique, en tout temps et par tout moyen, relative à l'aide médicale à mourir ou la sédation ☐ Oui ☐ Non
- Justification si l'information ci-dessus n'a pas été transmise : _____

Page 2

Nom de l'usager : _____ N° de dossier : _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

4. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

5. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

6. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

7. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

8. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

9. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

10. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

11. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

12. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

13. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

14. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

15. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

16. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

17. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

18. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

19. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

20. Lettre de la personne ou du professionnel de la santé confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

Page 3

Nom de l'usager : _____ N° de dossier : _____

Section D – Processus décisionnel (suite)

2. Lettre d'un second médecin consultant confirmant le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie : _____

3. Lettre d'un tiers professionnel (psychologue) ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

4. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

5. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

6. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

7. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

8. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

9. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

10. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

11. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

12. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

13. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

14. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

15. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

16. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

17. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

18. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

19. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

20. Lettre d'un tiers professionnel ou personnel qui assure l'aide au second médecin : _____

Page 4

[illegible]

Nom du patient	N° de dossier
Protocole médicamenteux et relation avec le pharmacien (suite)	
8. Avez-vous discuté avec le pharmacien : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Des antécédents médicaux et pharmaco-logiques du patient. <input type="checkbox"/> Du protocole d'usage. <input type="checkbox"/> Du moment prévu pour l'aide médicale à mourir. Si non, expliquer : _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Qu'il soit de tous à disposition et de proposer un état médicamenteux. <input type="checkbox"/> De la façon de remplir le registre d'utilisation des médicaments. <input type="checkbox"/> Des procédures concernant la destruction des produits non utilisés à la pharmacie. Si non, expliquer : _____ </div> </div>	
9. Avez-vous eu besoin d'utiliser la deuxième trousse? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, expliquer	
10. Avez-vous perdu des médicaments non utilisés au pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer	
11. Avez-vous participé à la destruction des médicaments et du matériel non utilisés avec le pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer	
12. Avez-vous rempli le registre d'utilisation des médicaments avec le pharmacien? <input type="checkbox"/> Oui, complètement <input type="checkbox"/> Oui, en partie, expliquer : _____ <input type="checkbox"/> Non, expliquer : _____	
13. Avez-vous informé le pharmacien du déroulement de l'aide médicale à mourir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, expliquer	
14. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la section dédiée aux médecins, aux pharmaciens et aux membres de l'équipe interdisciplinaire qui accompagnent une personne en fin de vie et qui sont amenés à participer à l'aide médicale à mourir? <div style="height: 40px;"></div>	
15. Commentaires additionnels <div style="height: 40px;"></div>	

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR - PARTIE 2

N° 1927 (03/04/15)
Page 3

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATION D'AIDE MÉDICALE À MOURIR
PARTIE 3

1579233

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.

Renseignements permettant aux médecins d'identifier la personne ayant demandé l'aide médicale à mourir	
Noms de l'administration et de l'établissement (pour les hôpitaux) ou le nom du centre de soins de fin de vie ou du centre de soins palliatifs	N° de dossier

Identification du médecin qui a administré l'aide médicale à mourir		
Nom	Prénom	N° de permis d'exercice
Coordonnées professionnelles		
Adresses de correspondance		tél. (reg) tél. (pers)
Signature du médecin	Date	Permis Révisé Annulé

Identification du second médecin		
Nom	Prénom	N° de permis d'exercice
Coordonnées professionnelles		
Adresses de correspondance		tél. (reg) tél. (pers)

