

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE			
Nom de famille	Prénom	Second prénom	
Numéro de carte-santé	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Téléphone	
Adresse	Ville	Code postal	
Diagnostic médical pertinent pour demander l'aide médicale à mourir			
Personne-ressource pour les demandes d'aide médicale à mourir <input type="checkbox"/> Moi-même <input type="checkbox"/> Personne-ressource privilégiée	Nom de la personne-ressource privilégiée	Lien avec la personne qui fait la demande	Téléphone
2. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES			
<p><i>La réglementation fédérale exige de vous poser les questions ci-après pour contribuer à établir des statistiques sur les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir au Canada. Si vous acceptez d'y répondre, les renseignements fournis serviront uniquement à des fins statistiques; ils ne seront en aucun cas pris en considération dans l'évaluation de votre demande d'aide médicale à mourir. Si vous refusez d'y répondre, il n'y aura aucune répercussion sur votre admissibilité à l'aide médicale à mourir.</i></p>			
Vous identifiez-vous comme membre des Premières Nations, Métisse ou Métis ou Inuk, Inuite ou Inuit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement		Si oui, cochez toutes les réponses qui s'appliquent : <input type="checkbox"/> Membre des Premières Nations <input type="checkbox"/> Métisse ou Métis <input type="checkbox"/> Inuk, Inuite ou Inuit	
À quel groupe racial, ethnique ou culturel vous identifiez-vous? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc (personne d'ascendance caucasienne) <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (personne d'ascendance indienne, pakistanaise, bangladaise, etc.) <input type="checkbox"/> Moyen-oriental (personne d'ascendance arabe, libanaise, turque, etc.) <input type="checkbox"/> Asiatique de l'Est (personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise) <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (personne d'ascendance philippine, thaïlandaise, vietnamienne, etc.) <input type="checkbox"/> Autre groupe racial, ethnique ou culturel : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement			
À votre avis, avez-vous une incapacité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement	Si oui, de quel type d'incapacité s'agit-il? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Dextérité <input type="checkbox"/> Développement <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Mémoire <input type="checkbox"/> Flexibilité <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Élocution (parole) <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement <input type="checkbox"/> Autre problème de santé de longue durée : _____		
	Si oui, depuis combien de temps avez-vous cette incapacité? (Si vous présentez plus d'une incapacité, reportez-vous à celle que vous avez depuis le plus longtemps.) _____ années _____ mois <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement		
	Si oui, à quelle fréquence votre incapacité limite-t-elle vos activités quotidiennes? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> À l'occasion <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> Je refuse de fournir ce renseignement		

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

3. MA DEMANDE* Une ou un mandataire peut signer la demande pour vous si vous êtes dans l'incapacité physique de le faire, mais cette personne NE PEUT PAS être la ou le témoin précisé à la page 3.

Je suis admissible à recevoir des soins de santé financés par un gouvernement au Canada ou je suis sur le point de le devenir (période d'attente tirant à sa fin).

Oui Non Si oui : Carte-santé de l'Î.-P.-É. Autre : _____

En apposant mes initiales et ma signature ci-dessous, je confirme ce qui suit :

Initiales	Je fais une demande d'aide médicale à mourir de mon plein gré, sans aucune influence ni pression d'autrui.
Initiales	J'ai reçu un diagnostic de maladie, d'affection ou d'incapacité incurable d'une praticienne ou d'un praticien.
Initiales	Je suis d'avis que mon problème de santé est grave et ne peut pas être apaisé par des moyens que je juge acceptables.
Initiales	Lorsque la loi l'exige, je comprends que mes renseignements seront communiqués aux autres professionnelles et professionnels de la santé qui me fournissent directement des soins.
Initiales	À tout moment, j'ai la possibilité et le droit de changer d'avis et de poser des questions.

4. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE (doit être apposée en présence physique ou virtuelle de la ou du témoin indépendant précisé à la page 3)

Signature de la personne qui fait la demande (signature manuscrite requise)	Nom en lettres moulées	Date de la signature
---	------------------------	----------------------

SIGNATURE DE LA OU DU MANDATAIRE [LE CAS ÉCHÉANT] (doit être apposée en présence PHYSIQUE de la personne qui fait la demande et en présence physique ou virtuelle de la ou du témoin indépendant précisé à la page 3, et ce, à la même date)

En apposant ma signature ci-dessous à titre de mandataire et au nom de la personne qui fait la demande, je confirme ce qui suit :

- J'ai au moins 18 ans.
- Je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir.
- Je ne sais pas si je suis bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou si je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, ou je ne le crois pas.
- Je signe cette demande d'aide médicale à mourir en présence physique de la personne qui la fait, en son nom et selon ses instructions expresses.

Signature de la ou du mandataire (signature manuscrite requise)	Nom en lettres moulées	Lien avec la personne qui fait la demande
	Date de la signature	Téléphone

Adresse	Ville	Province	Code postal
---------	-------	----------	-------------

5. CONFIRMATION DE LA OU DU TÉMOIN INDÉPENDANT (à remplir par la ou le témoin)			
En apposant mes initiales et ma signature ci-dessous, je confirme ce qui suit :			
Témoin			
Initiales	a) J'ai au moins 18 ans et je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir.		
Initiales	b) Je connais personnellement la personne qui fait la demande ou j'ai obtenu une preuve de son identité.		
Initiales	c) La personne qui fait la demande (ou la ou le mandataire en présence de celle-ci et selon ses instructions expresses) a signé la demande en ma présence.		
Initiales	d) Je ne sais pas si je suis bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou si je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci, ou je ne le crois pas.		
Initiales	e) Je ne suis pas propriétaire ou exploitante 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.		
Veillez parapher l'énoncé ci-dessous (f ou g) qui s'applique à vous – un seul énoncé peut être choisi.			
Initiales	f) Dans le cadre de mon occupation principale et moyennant rémunération, je fournis des services de soins de santé ou des soins personnels à la personne qui fait la demande, mais je ne participe d'aucune façon à l'évaluation de l'admissibilité de celle-ci à l'aide médicale à mourir*.		
OU			
Initiales	g) Je ne fournis pas de services de soins de santé ou de soins personnels directement à la personne qui fait la demande*.		
* La ou le témoin qui, dans le cadre de son occupation principale et moyennant rémunération, fournit des services de soins de santé ou des soins personnels à la personne qui fait la demande, mais qui ne participe d'aucune façon à l'évaluation de l'admissibilité de celle-ci à l'aide médicale à mourir, est tout de même considéré comme indépendant.			
6. SIGNATURE DE LA OU DU TÉMOIN INDÉPENDANT (doit être apposée en présence physique ou virtuelle de la personne qui fait la demande ou de la ou du mandataire, et ce, à la même date)			
Signature de la ou du témoin (signature manuscrite requise)	Nom en lettres moulées	Lien avec la personne qui fait la demande	
	Date de la signature (AAAA-MM-JJ)	Téléphone	
Adresse	Ville	Province	Téléphone

Si votre demande d'aide médicale à mourir est approuvée et que vous êtes admissible au don d'organes, acceptez-vous qu'on communique avec vous à propos de cette option? Oui Non

Assurez-vous d'avoir rempli toutes les cases ci-dessus. Afin d'enclencher l'évaluation de votre admissibilité, soumettez ce formulaire à votre médecin ou à votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, ou communiquez avec le Programme provincial d'aide médicale à mourir (coordonnées ci-dessous). Veuillez conserver une copie de votre demande pour vos dossiers.

Programme provincial d'aide médicale à mourir
Téléphone : 902-288-1096
Télécopieur : 902-288-1049
Courriel : hpeiprovspecialtyvc@ihis.org

22, chemin St. Peter's
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 5N4