Ontario

Ministère de la Santé

Outil clinique A

Demande d'aide médicale à mourir faite par le patient

L'aide médicale à mourir signifie : a) Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien : d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort; ou b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Une **tierce personne autorisée**, c'est-à-dire une personne qui est âgée d'au moins 18 ans, qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir et qui ne sait pas ni ne 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, à la mort de celle-ci, peut signer et dater la demande d'aide médicale à mourir au nom de la personne qui fait la demande et en sa présence.

Un **témoin indépendant** désigne toute personne qui est âgée d'au moins 18 ans qui comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir et qui a) ne sait pas ni ne 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, à la mort de celle-ci; b) qui n'est pas propriétaire ou exploitante de tout établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de tout établissement où celle-ci réside. Un témoin indépendant peut être une personne rémunérée pour la prestation de services de soins de santé ou de soins personnels à la personne qui fait la demande d'aide médicale à mourir. Un fournisseur d'aide médicale à mourir, un évaluateur ou, le cas échéant, le praticien consultant ayant une expertise dans le problème de santé faisant souffrir le patient ne peut pas agir en qualité de témoin.

On considère qu'une personne est affectée par un problème de santé **grave et irrémédiable** lorsqu'à la fois :

- elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- elle se trouve dans un état de déclin avancé irréversible de ses capacités;
- sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

Remarque : Les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est une maladie mentale et qui répondent autrement à tous les critères d'admissibilité ne sont pas actuellement admissibles à l'aide médicale à mourir. Le terme « maladie mentale » ne comprend pas les troubles neurocognitifs et neurodéveloppementaux ni d'autres affections pouvant affecter les capacités cognitives.

L'utilisation de cet outil est facultative. Il vise à vous aider à faire une demande écrite d'aide médicale à mourir qui respecte les exigences prévues dans la loi.

Une fois la demande remplie, vous devriez la remettre à votre médecin ou infirmier praticien. La demande remplie pourra être déposée dans votre dossier médical et utilisée par votre médecin ou infirmier praticien pour vous donner l'aide médicale.

Section 1 – Renseignements sur le patient

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Sexe	Numéro d'assurance-maladie (p.ex. numéro du Régime d'assurance-santé de l'Ontario)
☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre	☐ Sans objet
Code de version	Province ou territoire qui a émis le numéro d'assurance-maladie

Code postal associé à l'adresse domiciliaire du patient ☐ Le patient n'a pas d'adresse domiciliaire

Partie 2 – Demande d'aide médicale à mourir

Vous devez vérifier personnellement tous les renseignements entrés dans cette partie et signer vous-même votre nom. Si vous êtes incapable de remplir cette partie par vous-même, vous pouvez demander à une tierce personne autorisée de le faire et de signer la partie 3, destinée à la tierce personne autorisée.

Je, _____

(nom, prénom)

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Date de naissance du patient (aaaa/mm/jj)

demande qu'un médecin ou un infirmier praticien m'aide à mourir. Je confirme :

- ☐ que je suis admissible aux services de santé financés par un gouvernement au Canada (c.-à-d. que j'ai une carte d'Assurance-santé de l'Ontario ou une preuve d'une autre assurance-maladie canadienne financée par l'État – p. ex., une carte délivrée par une autre province); ou, exception faite de tout délai minimal de résidence ou de carence applicable, je serai admissible aux services de santé financés par un gouvernement au Canada.
- ☐ que j'ai au moins 18 ans.
- ☐ que j'ai été informé par mon médecin ou mon infirmier praticien que je suis affecté de problèmes de santé **graves et irrémédiables**.
- ☐ que je demande l'aide à mourir volontairement, sans pressions extérieures.
- ☐ que je donne mon consentement éclairé pour recevoir l'aide médicale à mourir, et qu'on m'a informé des moyens qui me sont offerts pour apaiser ma souffrance, y compris les soins palliatifs.

Signature (patient)	Date (aaaa/mm/jj)

Partie 3 – Tierce personne autorisée (lorsque la personne demandant l'aide médicale à mourir est incapable de signer et de dater la demande)

Nom de famille	Prénom

Adresse actuelle

Bureau	Numéro municipal	Nom de la rue	Case postale

Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone Poste	Lien avec la personne qui demande de l'aide médicale à mourir

En signant ci-dessous au nom de la personne, je déclare ce qui suit :

- ☐ J'ai au moins 18 ans.
- ☐ Je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir de la personne.
- ☐ À ma connaissance, je ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ni prestataire d'un avantage matériel, notamment pécuniaire, à la mort de celle-ci.
- ☐ Je signe en présence, au nom et sous la direction expresse de la personne.

Signature (tierce personne)	Date (aaaa/mm/jj)

Partie 4 – Témoin présent à la signature et déclaration du témoin

Cette partie doit être remplie par un témoin indépendant. Un témoin indépendant peut être une personne rémunérée pour la prestation de services de soins de santé ou de soins personnels à la personne qui fait la demande d'aide médicale à mourir. Un fournisseur d'aide médicale à mourir, un évaluateur ou, le cas échéant, le praticien consultant ayant une expertise dans le problème de santé faisant souffrir le patient ne peut pas agir en qualité de témoin.

Renseignements sur le témoin

Nom de famille	Prénom

Adresse actuelle

Bureau	Numéro municipal	Nom de la rue	Case postale

Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone poste

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Date de naissance du patient (aaaa/mm/jj)

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

- ☐ Membre de la famille * (précisez) _____
- ☐ Bénévole
- ☐ Ami
- ☐ Voisin
- ☐ Personnel de l'hôpital/des soins
- ☐ Autre (précisez) _____

* Ni moi ni mon conjoint ou ma conjointe ne sommes bénéficiaires de la succession testamentaire de la personne faisant la demande ou ne recevrons d'une quelconque façon un avantage pécuniaire ou matériel résultant du décès de cette personne.

En signant ci-dessous, je déclare ce qui suit :

☐ Je a) ne sais pas ou ne crois pas que je suis bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande ou que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, à la mort de celle-ci; et b) ne suis pas propriétaire ou exploitant de tout établissement de soins de santé où la personne qui fait la demande reçoit des soins ou de tout établissement où la personne réside.

Signature (témoin)	Date (aaaa/mm/jj)