

Partie à remplir par le patient

Remplir cet outil vous aidera à faire une demande écrite d'aide médicale à mourir. N'apposer vos initiales dans la colonne précédant les énoncés de la page 1 du formulaire du patient pour la demande d'aide médicale à mourir que si vous êtes pleinement en accord avec le contenu.

IMPORTANT : Vous devez parapher et signer en présence de vos témoins indépendants. Consultez les détails ci-après.

Mandataire

Si vous êtes physiquement incapable de dater et de signer la demande, vous pouvez désigner un mandataire pour le faire en votre nom. Cependant, votre mandataire ne peut en aucun cas prendre des décisions d'ordre médical en votre nom. Il signe et paraphé la demande en votre présence et selon vos directives. Il doit également signer son nom et fournir les renseignements demandés dans la section *Signature du mandataire*.

IMPORTANT : Le mandataire ne peut pas être l'un des deux témoins indépendants.

Critères pour agir à titre de mandataire :

- être âgé de 18 ans ou plus;
- comprendre la nature de l'aide médicale à mourir;
- ne pas savoir ou croire être bénéficiaire de la succession testamentaire du patient qui fait la demande;
- ne pas savoir ou croire tirer un avantage matériel ou pécuniaire de la mort du patient.

Témoins indépendants

Critères obligatoires pour agir à titre de témoin indépendant :

- être âgé de 18 ans ou plus;
- comprendre la nature de l'aide médicale à mourir;
- être une connaissance personnelle du patient ou être en mesure de lui fournir une preuve d'identité;
- ne pas savoir ou croire être bénéficiaire de la succession testamentaire du patient qui fait la demande ou recevoir autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celui-ci;
- ne pas être le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement de soins de santé où le patient qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celui-ci réside;
- ne pas participer directement à la prestation de services de soins de santé ou de services personnels au patient qui fait la demande.

REMARQUE : Les membres de la famille ne satisfont que rarement aux critères susmentionnés et ne peuvent par conséquent pas agir à titre de témoin indépendant. Veuillez communiquer avec l'équipe clinique d'aide médicale à mourir si vous éprouvez de la difficulté à trouver des témoins indépendants.

Les témoins indépendants doivent apposer leurs initiales dans la colonne précédant les énoncés de la section *Confirmation des témoins indépendants* de la page 2 du formulaire du patient pour la demande d'aide médicale à mourir. Ils doivent également fournir les renseignements demandés dans la section des signatures. Les deux témoins doivent remplir le formulaire en même temps et en votre présence.

Si les deux témoins ne peuvent être présents au même moment, vous devez remplir deux fois la page 1 du **formulaire du patient pour la demande d'aide médicale à mourir**, c'est-à-dire une fois devant chacun témoin. **Important : la période de réflexion de dix jours commence la journée où le deuxième témoin signe le formulaire du patient pour la demande d'aide médicale à mourir.**

Formulaire du patient pour la demande d'aide médicale à mourir (Manitoba)

Tél. : 204-926-1380
Télé. : 204-940-8524

FORMULAIRE DU PATIENT pour la demande d'aide médicale à mourir Page 1 DE 3

Veillez lire attentivement le présent formulaire. N'hésitez pas à poser des questions en tout temps à vos fournisseurs de soins de santé. Les médecins et le personnel du programme d'aide médicale à mourir sont là pour vous aider. Le présent formulaire sera déposé dans votre dossier médical et sera conservé conformément aux politiques et procédures de l'Office régional de la santé où vous recevez vos soins. Il pourrait également être partagé à certaines autorités administratives.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille	Prénom	Autres noms
Numéro d'identification personnel (NIP) ou numéro de carte de santé du Manitoba	Date de naissance	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
Adresse		

Problème médical sous-jacent à la demande d'aide médicale à mourir

DEMANDE DU PATIENT (à remplir obligatoirement en présence des témoins indépendants inscrits à la page 2)

En paraphant et en signant ci-après, je confirme :

Initiales	que je suis admissible à recevoir des services de santé financés par un gouvernement du Canada.
Initiales	que je suis âgé de 18 ans et plus et que je suis en mesure de prendre des décisions en matière de soins de santé pour moi-même.
Initiales	que je demande de l'aide médicale à mourir volontairement, sans pressions extérieures.
Initiales	que j'ai été informé par le personnel médical que je suis affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables.
Initiales	que mes problèmes de santé me causent des souffrances persistantes qui me sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que je juge acceptables.
Initiales	que je comprends que le but de ma demande d'aide médicale à mourir est d'obtenir des soins qui provoqueront ma mort.
Initiales	que je comprends que je peux retirer ma demande à n'importe quel moment et de n'importe quelle manière, même après avoir signé le présent formulaire.

Signature du patient	Nom en lettres moulées	Date de la signature
----------------------	------------------------	----------------------

SIGNATURE DU MANDATAIRE (SI NÉCESSAIRE) (à signer obligatoirement en présence des témoins indépendants inscrits à la page 2)

Si vous êtes physiquement incapable de signer la demande, votre mandataire peut la signer en votre nom, en votre présence et selon vos directives.

Le mandataire ne peut pas être l'un des deux témoins indépendants inscrits à la page 2. Le mandataire doit : être âgé de 18 ans et plus; comprendre la nature de l'aide médicale à mourir; ne pas savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de votre succession testamentaire; ne pas savoir ou croire qu'il tirera un avantage matériel ou pécuniaire de votre décès; et signer le présent formulaire en votre présence et celle de vos témoins.

Signature du mandataire	Nom en lettres moulées
	Date de la signature
	Numéro de téléphone

Adresse

FORMULAIRE DU PATIENT pour la demande d'aide médicale à mourir Page 2 DE 3

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Autres noms du patient
---------------------------	-------------------	------------------------

CONFIRMATION DES TÉMOINS INDÉPENDANTS**En paraphant et en signant ci-après, je confirme :**

Témoin n° 1	Témoin n° 2	
Initiales	Initiales	que je suis âgé de 18 ans et plus et que je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir du patient.
Initiales	Initiales	que je connais personnellement le patient ou que je lui ai prouvé mon identité.
Initiales	Initiales	que le patient (ou le mandataire, en présence et sous les directives du patient) a signé la demande en ma présence.
Initiales	Initiales	que je ne sais pas ou ne crois pas être le bénéficiaire de la succession testamentaire du patient ou que je tirerai un avantage matériel ou pécuniaire de la mort du patient.
Initiales	Initiales	que je ne suis pas le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement de soins de santé où le patient qui fait la demande reçoit des soins ou de l'établissement où celui-ci réside.
Initiales	Initiales	que je ne participe pas directement à la prestation de services de soins de santé au patient.
Initiales	Initiales	que je ne fournis pas directement des soins personnels au patient.

SIGNATURE DES TÉMOINS INDÉPENDANTS**TÉMOIN N° 1**

Signature du témoin n° 1	Nom en lettres moulées	Date de la signature
Adresse	Ville (Province)	Code postal

TÉMOIN N° 2

Signature du témoin n° 2	Nom en lettres moulées	Date de la signature
Adresse	Ville (Province)	Code postal

FORMULAIRE DU PATIENT pour la demande d'aide médicale à mourir Page 3 DE 3

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Autres noms du patient
---------------------------	-------------------	------------------------

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (à remplir APRÈS la première évaluation de l'admissibilité)

En paraphant et en signant ci-après, je confirme :

Initiales	que, après avoir signé ma demande d'aide médicale à mourir, j'ai discuté avec mon médecin ou mon infirmière praticienne de mon diagnostic, de sa nature et de ses conséquences, des options de traitements offerts et des complications possibles de mes problèmes de santé.
Initiales	que j'ai été informé par mon médecin ou mon infirmière praticienne des moyens disponibles pour soulager mes souffrances, notamment les soins palliatifs.
Initiales	que j'ai eu l'occasion de discuter des procédures et des risques liés à la prestation d'aide médicale à mourir, notamment à l'administration des médicaments.
Initiales	que je comprends que si je n'ai plus les capacités nécessaires pour donner mon consentement éclairé avant l'administration de médicaments, je ne pourrais pas recevoir l'aide médicale à mourir, même si j'ai été jugé admissible à la recevoir.

Signature du patient	Nom en lettres moulées	Date de la signature
----------------------	------------------------	----------------------

SIGNATURE DU MANDATAIRE (SI NÉCESSAIRE)

Si vous êtes physiquement incapable de signer la demande, votre mandataire peut la signer en votre nom, en votre présence et selon vos directives.

Le mandataire ne peut pas être l'un des deux témoins indépendants inscrits à la page 2. Le mandataire doit : être âgé de 18 ans et plus; comprendre la nature de l'aide médicale à mourir; ne pas savoir ou croire qu'il est bénéficiaire de votre succession testamentaire; ne pas savoir ou croire qu'il tirera un avantage matériel ou pécuniaire de votre décès; et signer le présent formulaire en votre présence.

Signature du mandataire	Nom en lettres moulées	
	Date de la signature	Numéro de téléphone

Adresse
