



Surveillance fédérale de l'aide médicale à mourir¹

Formulaire pour les médecins et les infirmiers praticiens

Instructions

Vous devez fournir de l'information si vous êtes un médecin ou un infirmier praticien (connus sous le terme "praticiens") ayant reçu **par écrit** une demande d'aide médicale à mourir (AMM) et ayant été confronté à l'un des scénarios décrits dans le tableau ci-après. Utilisez le présent formulaire si vous êtes un médecin ou un infirmier praticien pratiquant au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec ou au Yukon. Utilisez également le présent formulaire si vous vous trouvez en Ontario et déclarez un cas qui n'implique pas un décès lié à l'AMM. Pour les autres provinces et territoires ou si vous fournissez de l'information au sujet d'un décès lié à l'AMM en Ontario, consultez le site Web de Santé Canada pour savoir à qui fournir de l'information. De plus, ce formulaire ne doit être utilisé que lorsqu'un médecin ou un infirmier praticien n'a pas accès au portail canadien de collecte de données de l'AMM (par exemple, aucun accès Internet).

Quel type de requête déclenche l'obligation de fournir de l'information?

Le règlement exige que les médecins et infirmiers praticiens fournissent de l'information dans certaines situations décrites ci-dessous. La demande écrite présentée par un patient peut prendre n'importe quelle forme, y compris un message texte ou un courriel. Toutefois, il ne doit pas s'agir d'une simple question au sujet de l'AMM ou d'une demande de renseignements à ce sujet. **Il n'est pas nécessaire** que la demande respecte le format prescrit par le *Code criminel* en tant que mesure de protection lorsque l'AMM est fournie (c.-à-d. dûment signée et datée, y compris par un témoin) pour engager l'obligation de fournir de l'information.

Scénario	Délai de déclaration	Règles connexes
Scénario 1 : Vous avez fourni une AMM en administrant une substance au patient.	Dans les 30 jours suivant la date du décès du patient	
Scénario 2 : Vous avez fourni une AMM en prescrivant ou en fournissant une substance que le patient s'administrera lui-même.	Fournissez l'information dans les 90 à 120 jours	Vous pouvez déclarer la demande plus tôt si vous savez que le patient est décédé. Dans tous les autres cas, vous devez attendre 90 jours avant de fournir de l'information à propos de ce cas.

¹ Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

<p>Scénario 3 : Vous avez aiguillé un patient vers un autre praticien ou un service de coordination des soins ou avez transféré ses soins après réception de la demande</p>	<p>Dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous avez aiguillé ou transféré les soins du patient</p>	<p>Vous n'avez pas à fournir de l'information si vous aiguillez ou transférez le patient plus de 90 jours suivant la date à laquelle vous avez reçu la demande écrite.</p> <p>Si vous fournissez de l'information liée à un aiguillage ou à un transfert des soins, vous n'avez pas à fournir de l'information au sujet de la même demande écrite une fois de plus, à moins que vous fournissiez plus tard l'AMM.</p>
<p>Scénario 4 : Le patient n'est pas admissible à l'AMM.</p>	<p>Dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous êtes parvenu à la décision d'inadmissibilité</p>	<p>Vous n'avez pas à fournir de l'information si vous concluez que le patient n'est pas admissible plus de 90 jours suivant la date à laquelle vous avez reçu la demande écrite.</p> <p>Si vous fournissez de l'information liée à une décision d'inadmissibilité, vous n'avez pas à fournir de l'information au sujet de la même demande écrite une fois de plus, à moins que vous fournissiez plus tard l'AMM.</p>
<p>Scénario 5 : Vous avez appris le retrait de la demande écrite d'AMM d'un patient.</p>	<p>Dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous apprenez le retrait de la demande</p>	<p>Vous n'avez pas à fournir de l'information si vous êtes avisé, plus de 90 jours suivant la date à laquelle vous avez reçu la demande écrite, que le patient a retiré sa demande.</p> <p>Si vous fournissez de l'information liée au retrait d'une demande, vous n'avez pas à fournir de l'information au sujet de la même demande écrite une fois de plus, à moins que vous fournissiez plus tard l'AMM.</p> <p>Vous n'êtes pas tenu de demander d'autres renseignements afin de déterminer si le patient a bien retiré sa demande, que vous l'ayez évalué ou non. Dans un tel cas, vous n'avez pas à fournir de l'information au sujet de la demande.</p>

<p>Scénario 6 : Vous avez appris le décès du patient d'une autre cause que l'AMM.</p>	<p>Dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous avez appris le décès du patient</p>	<p>Vous n'avez pas à fournir de l'information si vous avez appris le décès par cause autre que l'AMM plus de 90 jours suivant la date à laquelle vous avez reçu la demande écrite.</p> <p>Vous n'êtes pas tenu de demander d'autres renseignements afin de déterminer si le patient est décédé d'une cause autre que l'AMM, que vous l'avez évalué ou non. Dans un tel cas, vous n'avez pas à fournir de l'information au sujet de la demande.</p>
---	--	--

Pour obtenir de plus amples renseignements, voir les *Lignes directrices sur l'obligation de fournir de l'information aux termes du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*.

Section 1 : Renseignements généraux

À remplir dans tous les cas.

1a. Renseignements sur le patient

Des renseignements personnels sont requis pour coupler l'information qui concerne le même patient. Cela aide aussi Santé Canada à comprendre les tendances relatives à la demande et à la prestation de l'AMM et à établir des couplages avec d'autres ensembles de données pour limiter le fardeau du praticien.

<p>Date de naissance (AAAA-MM-JJ)</p>	<p>Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <i>Sélectionnez X si le patient ne s'identifie pas en tant qu'homme ou femme.</i></p>	<p>Numéro d'assurance-maladie <input type="checkbox"/> sans objet</p>
<p>Province ou territoire qui a émis le numéro d'assurance-maladie</p> <p><i>Si le patient n'a pas de numéro d'assurance-maladie, veuillez indiquer la province ou le territoire de son lieu de résidence habituel à la date à laquelle le praticien a reçu la demande écrite.</i></p>	<p>Code postal associé au numéro d'assurance-maladie</p> <p><i>Si le patient n'a pas de numéro d'assurance-maladie, veuillez indiquer le code postal de son lieu de résidence habituel à la date à laquelle le praticien a reçu la demande écrite.</i></p>	

1b. Renseignements sur le praticien

Des renseignements personnels concernant le praticien sont recueillis afin de pouvoir assurer un suivi aux fins d'éclaircissements ou de demander des renseignements manquants.

<p>Nom (prénom et nom de famille)</p>
<p>Province ou territoire où vous avez reçu la demande écrite d'AMM</p>

<p>Êtes-vous un (choisir une option) :</p> <p><input type="checkbox"/> médecin</p> <p><input type="checkbox"/> infirmier praticien</p>	<p>Si vous êtes un médecin, quel est votre domaine de spécialité :</p> <p><input type="checkbox"/> Anesthésiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine familiale</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine interne générale</p> <p><input type="checkbox"/> Gériatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Néphrologie</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologie</p> <p><input type="checkbox"/> Oncologie</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine palliative</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre - précisez :</p>	<p>Numéro de permis d'exercice</p> <p><i>Si vous travaillez dans plus d'une province ou d'un territoire, veuillez indiquer le numéro de permis d'exercice de la province ou du territoire dans laquelle ou lequel vous avez reçu la demande d'AMM. Ce numéro est celui qui vous a été attribué par votre Ordre; il ne s'agit pas de votre numéro de facturation.</i></p> <p>D'après ce que vous savez ou croyez savoir, est-ce que le patient vous avait déjà consulté concernant sa santé pour une raison autre que le fait de chercher à obtenir l'AMM avant que vous receviez cette demande écrite?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	---	---

<p>Veuillez indiquer l'adresse postale de votre lieu de travail principal</p>	<p>Veuillez indiquer l'adresse de courrier électronique que vous utilisez au travail</p>
---	--

1c. Réception de la demande écrite

<p>De qui avez-vous reçu la demande écrite d'AMM qui a déclenché l'obligation de fournir l'information?</p> <p><input type="checkbox"/> Directement du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Autre praticien</p> <p><input type="checkbox"/> Service de coordination des soins</p> <p><input type="checkbox"/> Autre tiers- précisez :</p>	<p>Date de réception de la demande écrite (AAAA-MM-JJ)</p>
--	--

Section 2 : Aiguillage du patient ou soins du patient confiés à un autre praticien

Ne remplissez cette section que si vous fournissez de l'information sur un aiguillage ou sur le fait d'avoir confié un patient aux soins d'un autre praticien à la suite d'une demande d'AMM.

<p>Date de l'aiguillage ou du transfert des soins (AAAA-MM-JJ)</p>	<p>Avez-vous évalué l'admissibilité du patient pour l'AMM avant d'aiguiller ou transférer ses soins à un autre praticien?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, à votre avis, le patient était-il admissible à l'AMM?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--	---

Avez-vous aiguillé le patient ailleurs ou transféré à un autre praticien la responsabilité des soins du patient pour l'une des raisons suivantes (choisir toutes les options applicables) :

- En raison de politiques relatives à l'AMM de l'hôpital, de l'établissement de soins pour bénéficiaires internes ou de l'établissement de soins palliatifs où se trouve le patient
- L'évaluation ou la prestation de l'AMM va à l'encontre de votre conscience ou de vos croyances
- En raison d'un manque d'expertise pertinente pour fournir l'AMM
- En raison de la demande du patient

OU

- Aucune de ces réponses

Section 3 : Critères d'admissibilité et renseignements connexes

À remplir si :

- a) vous avez fourni l'AMM;
- b) vous avez déterminé que le patient est inadmissible à l'AMM;
- c) le patient a retiré la demande après que vous avez déterminé qu'il est admissible à l'AMM;
- d) après avoir déterminé que le patient était admissible à l'AMM, vous avez appris son décès, attribuable à une cause autre que l'AMM.

La section ci-après dresse la liste des critères d'admissibilité prescrits par le Code criminel. Indiquez si vous avez évalué ce critère et, le cas échéant, faites part de votre avis quant à l'admissibilité du patient accompagné des renseignements pertinents, s'il y a lieu.

Un praticien n'évaluera pas nécessairement tous les critères pour chaque demande. Si un patient est inadmissible en vertu d'un critère, le praticien peut décider de ne pas évaluer les autres critères.

Critères d'admissibilité		Si vous avez évalué ce critère, veuillez fournir les renseignements pertinents où il se doit.
Le patient était-il admissible à des services de santé financés par l'État au Canada? <i>Répondez « oui » dans un cas où le patient aurait été admissible, n'eût été le délai minimal de résidence ou de carence applicable.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué	
Le patient était-il âgé d'au moins dix-huit ans?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué	
Le patient était-il capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué	

<p>Le patient a-t-il fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer pourquoi vous êtes de cet avis (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient <input type="checkbox"/> Connaissance du patient à la suite de consultations ou de traitement non liés à l'AMM <input type="checkbox"/> Consultation avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux <input type="checkbox"/> Consultation avec les membres de la famille ou les amis <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux examinés <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :</p>
<p>Le patient a-t-il consenti de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informé des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs?¹</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	<p style="background-color: #cccccc;"></p>

¹ Les soins palliatifs sont une solution qui améliore la qualité de vie des patients qui sont confrontés à une maladie mortelle et celle de leur famille, grâce à la prévention et au soulagement de la douleur et des autres symptômes physiques et de la souffrance psychosociale et spirituelle. Ils peuvent être administrés dans n'importe quel milieu, par des spécialistes ou par d'autres personnes qui ont été formées à la méthode palliative des soins.

<p>Le patient était-il atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer la maladie, l'affection ou le handicap grave ou incurable (sélectionnez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – poumon et bronches <input type="checkbox"/> Cancer – sein <input type="checkbox"/> Cancer – colorectal <input type="checkbox"/> Cancer – pancréas <input type="checkbox"/> Cancer – prostate <input type="checkbox"/> Cancer – ovaires <input type="checkbox"/> Cancer – hématologique <input type="checkbox"/> Cancer – autre. Veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie neurologique – sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Maladie neurologique – sclérose latérale amyotrophique <input type="checkbox"/> Maladie neurologique – autre. <i>(Pour un accident vasculaire, sélectionnez « maladie cardiovasculaire » et non « maladie neurologique – autre».</i> Veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Maladies chroniques des voies respiratoires (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique) <input type="checkbox"/> État cardio-vasculaire (p. ex. insuffisance cardiaque congestive, AVC). Veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre défaillance d'organe (p. ex. insuffisance rénale terminale) <input type="checkbox"/> Multiples comorbidités. Veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre maladie, affection ou handicap grave et incurable. Veuillez préciser :</p>
<p>La situation médicale du patient se caractériserait-elle par un déclin avancé et irréversible de ses capacités?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	
<p>La maladie, l'affection, le handicap du patient ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui causeraient-ils des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui étaient intolérables et qui ne pouvaient être apaisées dans des conditions qu'il jugeait acceptables?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer la façon dont le patient a décrit sa souffrance (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de capacité à effectuer les activités qui donnent du sens à la vie <input type="checkbox"/> Perte de la dignité <input type="checkbox"/> Isolement ou solitude <input type="checkbox"/> Perte de capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (p. ex. bain, préparation des aliments, finances) <input type="checkbox"/> Perte de contrôle des fonctions corporelles <input type="checkbox"/> Fardeau perçu sur la famille, les amis ou les soignants <input type="checkbox"/> Contrôle inadéquat de la douleur ou préoccupations à ce sujet <input type="checkbox"/> Contrôle inadéquat d'autres symptômes ou préoccupations à ce sujet <input type="checkbox"/> Autre. Veuillez préciser :</p>

<p>La mort naturelle du patient était-elle devenue raisonnablement prévisible compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non évalué</p>	
Autres renseignements		
<p>Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé, comme un psychiatre ou le fournisseur de soins primaires du patient, ou encore des travailleurs sociaux pour éclairer votre évaluation (n'inclut pas la deuxième évaluation écrite obligatoire exigée par le <i>Code criminel</i>)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Dans l'affirmative, indiquez le type de professionnel consulté (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/> Spécialiste des soins palliatifs <input type="checkbox"/> Fournisseur de soins primaire <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autres professionnels de la santé. Veuillez préciser :</p>	
<p>Le patient a-t-il reçu des soins palliatifs?² <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, pendant combien de temps? <input type="checkbox"/> Moins de 2 semaines <input type="checkbox"/> De 2 semaines à moins d'un mois <input type="checkbox"/> De 1 à 6 mois <input type="checkbox"/> Plus de 6 mois <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Dans la négative, à votre connaissance ou croyance, les soins palliatifs étaient-ils accessibles au patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p>Le patient avait-il besoin de services de soutien aux personnes handicapées?³ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, le patient a-t-il reçu des services de soutien aux personnes handicapées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, pendant combien de temps? <input type="checkbox"/> Moins de 6 mois <input type="checkbox"/> De 6 mois à moins d'un an <input type="checkbox"/> De 1 à moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2 ans et plus <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Dans la négative, à votre connaissance, des services de soutien aux personnes handicapées étaient-ils accessibles au patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	

² Les soins palliatifs sont une solution qui améliore la qualité de vie des patients qui sont confrontés à une maladie mortelle et celle de leur famille, grâce à la prévention et au soulagement de la douleur et des autres symptômes physiques et de la souffrance psychosociale et spirituelle. Ils peuvent être administrés dans n'importe quel milieu, par des spécialistes ou par d'autres personnes qui ont été formées à la méthode palliative des soins.

³ Les services de soutien aux personnes handicapées peuvent notamment comprendre les technologies d'assistance, l'équipement adapté, les services de réadaptation, les services de soins personnels et les suppléments de revenus pour invalidité.

Section 3b : Modification du statut d’admissibilité

À remplir si, à votre avis, le patient n’était PAS admissible.

Aviez-vous déjà déterminé que le patient était admissible à l’AMM?

Oui Non

Dans l’affirmative, la modification du statut d’admissibilité du patient est-elle attribuable à la perte de la capacité de ce dernier à prendre des décisions au sujet de sa santé?

Oui Non

Dans l’affirmative, avez-vous appris que la demande du patient n’était pas volontaire (p. ex. par de nouveaux renseignements concernant une pression externe)?

Oui Non

Section 4 : Exigences en matière de processus – Prestation de l’AMM

À ne remplir que si vous avez fourni l’AMM.

La section qui suit concerne les mesures de sauvegarde en vertu du Code criminel. Veuillez cocher (✓) la colonne du milieu s’il y a lieu, et fournir les détails pertinents aux endroits indiqués.

Exigences en matière de processus conformément aux dispositions législatives	✓	Détails pertinents (aux endroits indiqués)
<p>J’étais d’avis que le patient répondait à tous les critères d’admissibilité.</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(1) et 241.2(3)a.</i></p>		
<p>Je me suis assuré que la demande d’AMM du patient avait été faite par écrit et signée et datée par le patient ou par une autre personne autorisé à le faire à son nom.⁴</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)b)(i) et 241.2(4).</i></p>		<p>Si vous avez coché, veuillez indiquer la date à laquelle le patient (ou une autre personne) a signé la demande (AAA-MM-JJ)</p>
<p>Je me suis assuré que la demande a été signée et datée après que le patient a été avisé par un médecin ou un infirmier praticien qu’il est affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)b)(ii).</i></p>		
<p>Je suis convaincu que la demande a été datée et signée par le patient ou par une autre personne autorisée à le faire à son nom – devant deux témoins indépendants, lesquels ont signé et daté la demande.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)c), 241.2(4) et 241.2(5).</i></p>		
<p>Je me suis assuré que le patient a été informé qu’il pouvait, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)d.</i></p>		

⁴ Cette exigence fait référence à la demande écrite plus officielle, qui constitue une mesure de sauvegarde législative et doit être signée et datée devant témoin. Pour déclencher l’obligation de fournir de l’information, une demande écrite ne doit pas nécessairement être signée et datée devant témoin.

<p>Je me suis assuré qu'un autre médecin ou infirmier praticien a fourni un avis écrit (deuxième évaluation) confirmant que le patient satisfait à l'ensemble des critères.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(1) et 241.2(3)e).</i></p>		<p>Si vous avez coché, veuillez indiquer :</p> <p>(1) si l'autre praticien qui a fourni un deuxième avis (deuxième évaluation) est un :</p> <p><input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> infirmier praticien;</p> <p>(2) la date à laquelle l'autre praticien a signé son avis écrit (AAA-MM-JJ) :</p>
<p>Je suis convaincu que l'autre praticien et moi sommes indépendants.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)f) et 241.2(6).</i></p>		
<p>Je me suis assuré qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par le patient ou une autre personne autorisée à le faire en son nom et celui où l'AMM a été fournie.</p> <p><i>Les jours francs comprennent les fins de semaine. Dans le calcul des dix jours francs, le jour de la signature de la demande et le jour de la fourniture de l'AMM ne sont pas inclus. La loi permet de raccourcir la période de réflexion dans les circonstances appropriées.</i></p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)g).</i></p>		<p>Si vous avez jugé qu'une période de réflexion de moins de dix jours francs était appropriée, quelles étaient les circonstances : est-ce le décès du patient ou la perte de sa capacité à consentir de façon éclairée qui était imminent (sélectionnez tout ce qui s'applique)?</p> <p><input type="checkbox"/> Décès imminent du patient <input type="checkbox"/> Perte imminente de la capacité du patient à fournir son consentement éclairé</p>
<p>Immédiatement avant de fournir l'AMM, j'ai donné au patient la possibilité de retirer sa demande, et me suis assuré qu'il consentait expressément à recevoir l'AMM.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)h).</i></p>		
<p>Si le patient éprouvait de la difficulté à communiquer, j'ai pris toutes les mesures nécessaires pour fournir au patient un moyen de communication fiable afin que ce dernier puisse comprendre les renseignements qui lui étaient fournis et faire connaître sa décision.</p> <p><i>Si la personne n'avait pas de difficulté à communiquer, veuillez indiquer « S.O. » dans la prochaine colonne.</i></p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 251.2(3)i).</i></p>		
<p>J'ai informé le pharmacien, avant qu'il ne délivre la substance que j'ai prescrite ou obtenue, qu'elle était destinée à la prestation de l'AMM.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(8).</i></p>		

Section 5 : Prescription ou fourniture d'une substance afin que le patient se l'administre

À ne remplir que si vous avez prescrit ou fourni une substance afin que le patient se l'administre.

<p>Date de la prescription ou de la fourniture de la substance (AAAA-MM-JJ)</p> <p><i>Si vous avez à la fois prescrit et fourni la substance, veuillez nous indiquer la date de la prescription.</i></p>	<p>Où est-ce que le patient séjournait lorsque vous lui avez prescrit ou fourni la substance :</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital (à l'exception des lits ou d'une unité de soins palliatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins palliatifs (inclure les lits ou unités de soins palliatifs en milieu hospitalier ou la maison de fin de vie)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins pour bénéficiaires internes (y compris les centres de soins de longue durée)⁵</p> <p><input type="checkbox"/> Résidence privée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre-veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
--	---

Le patient s'est-il administré la substance (c.-à-d., la substance a été ingérée)?

Oui Non Ne sais pas *(ne répondez pas aux questions 5a ou b si vous avez répondu « Ne sais pas »)*

5a. Si le patient s'est auto-administré la substance, veuillez indiquer :	5b. Si, d'après ce que vous savez ou croyez savoir, le patient ne s'est pas auto-administré la substance, veuillez indiquer :
<p>Étiez-vous présent lorsque le patient s'est administré la substance?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Le patient est-il décédé d'une cause autre que l'AMM?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>À quelle date le patient s'est-il administré lui-même la substance? (AAAA-MM-JJ)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><i>À noter que vous n'êtes pas tenus de chercher cette information, mais vous devez la déclarer, si vous la connaissez, au moment de la déclaration.</i></p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du décès. (AAAA-MM-JJ)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><i>À noter que vous n'êtes pas tenus de chercher cette information, mais vous devez la déclarer, si vous la connaissez, au moment de la déclaration.</i></p>
<p>À quel endroit le patient s'est-il administré lui-même la substance?</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital (à l'exception d'une unité de soins palliatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins palliatifs (inclure les lits ou unités de soins palliatifs en milieu hospitalier ou la maison de fin de vie)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins pour bénéficiaires internes (y compris les centres de soins de longue durée)</p> <p><input type="checkbox"/> Résidence privée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre-veuillez préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><i>À noter que vous n'êtes pas tenus de chercher cette information, mais vous devez la déclarer, si vous la connaissez, au moment de la déclaration.</i></p>	

⁵ Par établissement de soins pour bénéficiaires internes, on entend un établissement résidentiel qui fournit des services continus de soins de santé, y compris un suivi professionnel de l'état de santé ainsi que des soins infirmiers, à des personnes qui nécessitent de l'aide pour accomplir des activités de la vie quotidienne.

Section 6 : Administration d'une substance au patient

À ne remplir que si vous avez administré une substance au patient.

À quelle date avez-vous administré la substance au patient?
(AAAA-MM-JJ)

Où avez-vous administré la substance?

- Hôpital (à l'exception d'une unité de soins palliatifs)
- Établissement de soins palliatifs (inclure les lits ou unités de soins palliatifs en milieu hospitalier ou la maison de fin de vie)
- Établissement de soins pour bénéficiaires internes⁶ (y compris les centres de soins de longue durée)
- Résidence privée
- Autre-veuillez préciser :

Section 7 : Retrait de la demande

À ne remplir que si vous avez appris que le patient a retiré sa demande.

Aux fins de surveillance, le terme « retrait de la demande » signifie que, à la connaissance du praticien, le patient n'a pas l'intention de donner suite à sa demande d'aide médicale à mourir. Le retrait peut prendre n'importe quelle forme (p. ex. verbale ou écrite). Cependant, un manque de communication avec le patient ne serait pas suffisant pour supposer qu'il a retiré sa demande et n'exigerait pas la présentation d'un rapport. Vous n'êtes pas tenus de chercher activement des renseignements pour savoir si le patient a retiré sa demande, mais vous devez les déclarer, si vous les connaissez, au moment de la déclaration.

Quelles sont les raisons pour lesquelles le patient a retiré sa demande (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Les mesures palliatives sont suffisantes
- Les membres de la famille n'appuient pas l'AMM
- Le patient a changé d'avis
- Autre-veuillez préciser :
- Ne sais pas

Le patient a-t-il retiré sa demande après avoir eu l'occasion de le faire juste avant la prestation prévue de l'AMM, conformément à l'alinéa 241.2(3)(h) du *Code criminel*?

- Oui
- Non

Section 8 : Décès du patient attribuable à une autre cause que l'AMM

À ne remplir que si vous avez appris le décès du patient, attribuable à une cause autre que l'AMM, et vous n'avez pas prescrit ou fourni une substance pour l'auto-administration. Vous n'êtes pas tenus de chercher activement des renseignements pour savoir si le patient est décédé d'une cause autre que l'AMM, mais vous devez les déclarer, si vous les connaissez, au moment de la déclaration.

Avez-vous rempli le certificat de décès?

- Oui
- Non

Dans l'affirmative, quelle est la date du décès?
(AAAA-MM-JJ)

Quelle est la cause immédiate du décès indiquée dans le certificat de décès?

Quelle est la cause sous-jacente du décès indiquée dans le certificat de décès?

Dans la négative, veuillez indiquer la date du décès (AAAA-MM-JJ)

- Ne sais pas

⁶ Par établissement de soins pour bénéficiaires internes, on entend un établissement résidentiel qui fournit des services continus de soins de santé, y compris un suivi professionnel de l'état de santé ainsi que des soins infirmiers, à des personnes qui nécessitent de l'aide pour accomplir des activités de la vie quotidienne.

Section 9 : Renseignements supplémentaires

Veillez fournir les renseignements supplémentaires pour préciser vos réponses, le cas échéant.

Veillez envoyer le formulaire à l'adresse suivante :

Unité des soins de fin de vie
Direction générale de la politique stratégique
Santé Canada
200, promenade Eglantine, 4^e étage, pièce 411A
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Télécopieur sans frais : 1-833-219-0422

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels que vous fournissez sont protégés et régis conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Santé Canada recueillera uniquement les renseignements personnels nécessaires au Programme sur la surveillance de l'aide médicale à mourir autorisé en vertu du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir.

But de la collecte : Santé Canada a besoin de vos renseignements personnels pour satisfaire aux exigences de déclaration obligatoire énoncées aux paragraphes 241.31(1), 241.31(2) et 241.31(3) du *Code criminel* et en vertu du Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir afin d'atteindre le but principal de surveiller les demandes d'aide médicale à mourir et les résultats qui en découlent.

Autres utilisations ou divulgations : Vos renseignements personnels et ceux de vos patients pourraient être partagés avec votre province ou territoire ou avec les institutions ou organismes publics autorisés à des fins de surveillance. Vos renseignements personnels et ceux de vos patients seront également divulgués à Statistique Canada conformément à la *Loi sur la statistique* à des fins de recherche et de statistiques pour aider les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et de la Justice à mieux comprendre les problèmes liés à la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au Canada, et à les résoudre. La loi interdit à Statistique Canada de divulguer toute information obtenue qui pourrait dévoiler l'identité d'une personne, d'une entreprise ou d'un organisme, sans leur permission ou sans en être autorisé par la *Loi sur la statistique*. Les renseignements dûment fournis pourraient couplés d'autres sources de données de Statistique Canada ou de Santé Canada (telles que les données socioéconomiques d'un emplacement géographique particulier) en vue de broser un tableau plus général de l'aide à mourir Canada.

Dans des situations limitées et précises, vos renseignements personnels peuvent également être divulgués sans votre consentement, en vertu du paragraphe 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Refus de fournir des renseignements personnels : Le refus de fournir des renseignements personnels et/ou de respecter les délais prescrits constitue une infraction au regard des paragraphes 241.3(a) et 241.3(b) du *Code criminel*.

Pour obtenir de plus amples renseignements : Un fichier de renseignements personnels (FRP) est en cours d'élaboration et sera intégré au site Info Source disponible à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/activites-responsabilites/acces-information-protection-renseignements-personnels/info-source-renseignements-gouvernement-federal-fonctionnaires-federaux.html>.

Vos droits en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* : En plus de protéger vos renseignements personnels, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* vous donne le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et d'y apporter des corrections. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces droits, ou sur nos pratiques en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la Division de la gestion de la protection des renseignements personnels par courriel à l'adresse privacy-vie.privee@hc-sc.gc.ca. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée du Canada si vous jugez que vos renseignements personnels ont été traités de façon inappropriée.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet du Programme sur la surveillance de l'aide médicale à mourir, veuillez envoyer un courriel à l'adresse hc.maid.report-rapport.amm.sc@canada.ca.