

DEMANDE DU PATIENT POUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Si vous souhaitez demander l'aide médicale à mourir, remplissez le formulaire et remettez-le à votre professionnel de la santé.

Pour toute question, veuillez vous adresser à votre professionnel de la santé ou aller au yukon.ca/fr/amam.

Vous pouvez retirer votre demande à tout moment.

A. Renseignements sur le patient		
Nom	Prénom	Second prénom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'assurance-santé	Province ou territoire de délivrance
Diagnostic et préoccupations qui sont à la source de votre demande d'aide médicale à mourir		

B. Critères et signature du patient	
Je demande l'aide médicale à mourir et je suis satisfait à tous les critères suivants :	
<ul style="list-style-type: none">• je souffre d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;• mon état de santé se caractérise par le déclin avancé et irréversible de mes capacités;• ma maladie, mon affection, mon handicap ou le déclin de mes capacités me cause des souffrances physiques ou psychologiques qui ne peuvent pas être atténuées dans des conditions que je juge acceptables.	
Signature du patient ou du mandataire*	Date (AAAA-MM-JJ)

* Un **mandataire** est une personne qui agit au nom du patient. Le mandataire peut parapher, signer et dater le présent formulaire au nom du patient **seulement si** :

- le mandataire est en présence du patient;
- le patient a expressément demandé au mandataire de signer et de dater le présent formulaire en son nom, car le patient est physiquement incapable de le faire;
- le mandataire est âgé d'au moins 18 ans;
- le mandataire comprend la nature de la demande d'aide médicale à mourir;
- le mandataire ne sait pas et ne croit pas être bénéficiaire de la succession testamentaire du patient ni qu'il recevra autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, découlant du décès du patient;
- le mandataire ne doit pas signer ni dater le présent document en tant que témoin indépendant.

Veillez noter que la signature d'un témoin est requise (voir la page 2).

C. Déclaration du témoin indépendant

En apposant mes **initiales** et ma **signature** ci-dessous, je déclare être âgé d'au moins 18 ans et comprendre la nature de la demande d'aide médicale à mourir. Je déclare également ce qui suit :

- _____ je ne sais pas et je ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire du patient ni que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, découlant du décès du patient;
- _____ je ne suis pas propriétaire ni exploitant d'un établissement de soins de santé où le patient reçoit un traitement ni d'un établissement dans lequel le patient réside;
- _____ je ne participe pas directement à la prestation **non rémunérée** de soins de santé ni de soins personnels au patient;
- _____ je ne suis pas le professionnel de la santé ni l'infirmier praticien qui fournira l'aide médicale à mourir; je ne suis pas non plus le professionnel de la santé ni l'infirmier praticien qui a fourni une opinion écrite sur l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir;
- _____ **le patient a signé et daté la présente demande en ma présence**; ou si le patient n'était pas en mesure de le faire, le mandataire du patient a signé et daté la présente demande au nom du patient en ma présence et en présence du patient, selon les instructions expresses de ce dernier.

Nom du témoin (en lettres détachées)

Date (AAAA-MM-JJ)

Signature du témoin