



LN2263

- CHDL
 HPLG
 CLSC-Nord
 CLSC-Sud
- HEB-Nord
 HEB-Sud
 CR

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____

Date de naissance *

Année

Mois

Jour

N° de dossier *

Nom à la naissance *

Prénom *

N° d'assurance maladie

Adresse

Ville

Code postal

N° de téléphone

Nom de la mère

Nom du père

Les éléments marqués d'une étoile () sont obligatoires

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS DEMANDE D'AMM

À remplir par l'intervenant qui reçoit la demande d'AMM avec l'usager et transmettre au guichet AMM
par courriel à : aide-medicale-a-mourir.cissslan@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450 752-6419.

Secteur : Sud Nord # Dossier CH : _____ # Dossier CLSC : _____

Diagnostic : _____

Priorisation de prise en charge : moins de 72 heures Justification :

3 à 10 jours

indéterminée

en fin de vie active

à risque de perdre l'aptitude

souffrances intolérables

autre : _____

Médecin de famille/IPS : _____

Usager porteur : pace-défib défibrillateur dispositif accès veineux (DAV) : _____

Emplacement actuel de l'usager :

Domicile (incluant RI, RPA, RTF) Centre de réadaptation : _____

Adresse : _____ Tél : _____

CHDL HPLG Unité : _____ Poste : _____

CHSLD Nom : _____ Tél : _____ Poste : _____

Maison de soins palliatifs
Nom : _____ Tél : _____ Poste : _____

Intervenants :

Infirmière : _____ Tél : _____

ASI : _____ Tél : _____

Travailleur social : _____ Tél : _____

Intervenant en soins spirituels : _____ Tél : _____

Autre intervenant significatif : _____ Tél : _____

Le médecin / IPS traitant accepte de faire une des évaluations :

Médecin / IPS du 1^{er} avis : _____ Médecin / IPS du 2^e avis : _____

Commentaires/particularités cliniques : _____

Autorisation de l'usager à communiquer avec le médecin de famille / l'IPS pour aviser de la demande d'AMM :

Oui Non

Signature de l'intervenant

Nom en lettres moulées

Date (AAAA/MM/JJ)

Pour toute question concernant une demande d'AMM, appeler au : 450 759-8222, poste 4230.

Prenez note que les retours d'appel se font du lundi au vendredi entre 8h et 16h.