

Déclaration des témoins

Nom de la patiente ou du patient : _____
(la « patiente » ou le « patient »)

Je, _____ (Nom du 1^{er} témoin), et je, _____ (Nom du 2^e témoin), déclare

de manière autonome que la personne signant cette « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » :

1. est quelqu'un que je connais personnellement ou qui a fourni une preuve de son identité;
2. a signé volontairement la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » en ma présence ou a reconnu l'avoir signée; et
3. possède, à ma connaissance et selon mes convictions, la capacité nécessaire pour prendre une décision et fait la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » volontairement, de son plein gré, et sans aucune contrainte.

Je ne suis pas le médecin traitant ou le médecin examinateur de la personne signant la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » ni le professionnel de la santé mentale qui a déterminé la capacité de prise de décision de la personne signant cette demande au moment de la signature.

Je déclare en outre, sous peine de parjure, que les déclarations faites aux présentes sont véridiques et correctes, et que toutes fausses déclarations faites dans ce document sont punissables.

Je déclare également que :

1. je ne suis pas lié(e) par le sang, par alliance ou par adoption à la patiente ou au patient;
2. je ne bénéficierai d'aucune partie de l'héritage de la patiente ou du patient après son décès, que ce soit grâce au testament ou par la loi, et je ne suis pas non plus dans une situation me permettant de tirer profit financièrement du décès de la patiente ou du patient;
3. je ne suis pas propriétaire, exploitant(e), employé(e) ou entrepreneur(e) autonome d'un établissement de soins de santé où la patiente ou le patient reçoit un traitement ou y réside;
4. je ne suis pas un partenaire domestique de la patiente ou du patient, selon la définition de la Loi de l'État de New York sur les Décisions de la famille en matière de soins de santé (Family Health Care Decisions Act) et de la Loi sur la santé publique (Public Health Law), section 2994-a(7) ;
5. je ne suis pas l'agent(e) de soins de santé sur la procuration de la patiente ou du patient, en vertu de la Loi sur la santé publique, section 2980(5); ou
6. je ne suis pas un mandataire autorisé par la patiente ou le patient en vertu de la Loi sur les obligations générales (General Obligations Law), Section 5-1501(2).

Signature du 1^{er} témoin : _____ Date : _____

Adresse : _____

Signature du 2^e témoin : _____ Date : _____

Adresse : _____

Demande de médicament pour mettre fin à ma vie

Je, _____ (nom de la patiente ou du patient), suis une personne adulte résidant dans l'État de New York qui a reçu un diagnostic de _____ (nom de la maladie ou de l'affection terminale), une maladie ou une affection terminale. Mon médecin traitant a déterminé, et un médecin examinateur a confirmé que ma maladie ou mon affection terminale est incurable et irréversible et, selon leur jugement médical raisonnable, qu'elle entraînera la mort dans les six prochains mois, qu'un traitement soit fourni ou non.

Mon médecin traitant, le médecin examinateur et un professionnel de la santé mentale s'entendent pour dire que je possède la capacité de prendre des décisions, ce qui signifie que je comprends la nature et les conséquences de l'aide médicale à mourir (Medical Aid in Dying), y compris les bienfaits, les risques qui y sont associés et les solutions de rechange, et que je possède la capacité de prendre une décision éclairée à ce sujet et de communiquer ma décision à mon médecin traitant.

J'ai été pleinement informé(e) de mon diagnostic et du pronostic, de la nature du médicament qui me sera prescrit et des risques qui y sont associés, du résultat prévu, de même que des solutions de rechange et des options de traitement possibles, y compris, mais sans toutefois s'y limiter, les soins palliatifs et les soins terminaux.

Je demande que mon médecin traitant me prescrive le médicament qui mettra fin à ma vie si je choisis de le prendre et je l'autorise à contacter un autre médecin ou tout pharmacien au sujet de ma demande.

Apposez vos initiales sur un choix :

(_____) J'ai décidé d'informer ou je compte informer un ou plusieurs membres de ma famille de ma décision.

(_____) J'ai décidé de n'informer aucun membre de ma famille de ma décision.

(_____) Je n'ai pas de famille à informer de ma décision.

Je comprends que j'ai le droit de retirer cette demande ou de refuser d'utiliser le médicament à n'importe quel moment.

Je comprends l'importance de cette demande et que je m'attends à mourir si je prends le médicament qui me sera prescrit.

Je comprends également ceci : bien que la plupart des décès surviennent dans les trois heures qui suivent la prise du médicament, ma mort pourrait prendre plus de temps et mon médecin traitant m'a conseillé au sujet de cette possibilité.

Je fais cette demande volontairement, de mon plein gré et sans contrainte, et j'assume la pleine responsabilité de mes actes.

Signature : _____ Date : _____

1^{er} témoin (La « Déclaration des témoins » est jointe à cette « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie »)

Signature : _____ Date : _____

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

2^e témoin (La « Déclaration des témoins » est jointe à cette « Demande d'aide médicale à mourir »)

Signature : _____ Date : _____

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Déclaration de l'interprète (s'il y a lieu)

Nom de la patiente ou du patient : _____ (la « patiente » ou le « patient »)

Je, _____ (Nom de l'interprète) :

(Cochez l'une des deux options ci-dessous)

- ☐ en ce qui concerne la patiente ou le patient dont les conversations ou consultations, ou encore, dont les conversations ou consultations interprétées, ont été tenues dans une langue autre que l'anglais et dont la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » est en anglais : Je déclare que je parle couramment l'anglais et _____ le (« langue cible »). Je possède les compétences linguistiques et d'interprète exigées pour interpréter de manière efficace, exacte et impartiale l'information échangée et les communications entre le médecin traitant ou le médecin examinateur et la patiente ou le patient.

Je certifie que le _____ (date/heure), j'ai interprété les communications et l'information transmises entre le médecin et la patiente ou le patient de manière impartiale, exacte et complète selon mes connaissances et mes capacités, et que j'ai lu la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » à la patiente ou au patient dans la langue cible.

La patiente ou le patient m'a dit vouloir signer volontairement, de son plein gré et sans contrainte, la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie ».

- ☐ en ce qui concerne une patiente ou un patient ayant un handicap au niveau de la parole, de l'audition ou de la vision : Je déclare posséder les compétences linguistiques, de lecture et/ou d'interprète exigées pour communiquer avec la patiente ou le patient et pour lire et/ou interpréter de manière efficace, exacte et impartiale l'information échangée et les communications entre le médecin traitant ou le médecin examinateur et la patiente ou le patient.

Je certifie que le _____ (date/heure), j'ai interprété les communications et l'information transmises entre le médecin et le patient ou la patiente de manière impartiale, exacte et exhaustive, selon mes connaissances et mes capacités. De plus, j'ai lu ou interprété la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie » à la patiente ou au patient dans la langue cible lorsque cela était nécessaire pour assurer une communication efficace.

La patiente ou le patient m'a dit vouloir signer volontairement, de son plein gré et sans contrainte, la « Demande de médicament pour mettre fin à ma vie ».

De plus, je déclare que :

1. je ne suis pas lié(e) par le sang, par alliance ou par adoption à la patiente ou au patient;
2. je ne bénéficierai d'aucune partie de l'héritage de la patiente ou du patient après son décès, que ce soit grâce au testament ou par la loi, et je ne suis pas non plus dans une situation me permettant de tirer profit financièrement du décès de la patiente ou du patient;
3. je ne suis pas propriétaire, exploitant(e), employé(e) ou entrepreneur(e) autonome d'un établissement de soins de santé où la patiente ou le patient reçoit un traitement ou y réside; ou je fournis des services d'interprétariat dans le cadre de la description de mon travail à un tel établissement de soins de santé; ou j'ai été formé à fournir des services d'interprétariat et la patiente ou le patient a demandé que je lui fournisse des services d'interprétariat aux fins déclarées dans cette déclaration;
4. je ne suis pas un partenaire domestique de la patiente ou du patient, selon la définition de la Loi de l'État de New York sur les Décisions de la famille en matière de soins de santé (Family Health Care Decisions Act) et de la Loi sur la santé publique (Public Health Law), section 2994-a(7) ; 2994-a(7) ;
5. je ne suis pas l'agent(e) de soins de santé sur la procuration de la patiente ou du patient, en vertu de la Loi sur la santé publique, section 2980(5); ou
6. je ne suis pas un mandataire autorisé par la patiente ou le patient en vertu de la Loi sur les obligations générales (General Obligations Law), Section 5-1501(2).

Je déclare en outre que cette déclaration est véridique et correcte et que toutes fausses déclarations faites dans ce document sont punissables sous peine de parjure.

Exécuté à : _____ (Ville, comté et État)

Signature : _____ Date : _____

Nom (en caractères d'imprimerie) : _____

Établissement où l'interprète a reçu sa formation : _____

Adresse de l'établissement où l'interprète a reçu sa formation : _____

Langue cible parlée par l'interprète : _____