**Soins palliatifs et de fin de vie – Volet 1**

Merci de compléter le formulaire ci-dessous afin de nous permettre de comptabiliser le nombre de personnes formées  à ce programme. Ces données sont requises à des fins de reddition de compte au Ministère de la santé et des services sociaux.

En complétant ce formulaire, vous permettez aussi  à la direction des ressources humaines d’enregistrer cette formation à votre profil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matricule : |  |  |
| Nom : |  |  |
| Prénom : |  |  |
| Titre d’emploi : |  |  |
| Installation : |  |  |
| Service : |  |  |

J’atteste avoir visionné :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | Module 1 - [Loi concernant les soins de fin de vie](http://ccsmtl.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/Programme_de_soins/Soins_de_fin_de_vie/Loi_concernant_les_soins_de_fin_de_vie.pdf) | Le : |  |
| □ | Module 2 - [Directives médicales anticipées](http://ccsmtl.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/Programme_de_soins/Soins_de_fin_de_vie/Directives_medicales_anticipees.pdf) | Le : | AAAA-MM-JJ |
| □ | Module 3 - [Sédation palliative continue](http://ccsmtl.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/Programme_de_soins/Soins_de_fin_de_vie/Sedation_palliative_continue.pdf) | Le : | AAAA-MM-JJ |
| □ | Module 4 – Aide médicale à mourir | Le : | AAAA-MM-JJ |
|  |  |  | AAAA-MM-JJ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature : |  |  | Date : |  |

Veuillez retourner le formulaire complété à l’attention de : Monica Cadena

Par courriel : [**monica.cadena.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:monica.cadena.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)