



FORM 1 – Medical Assistance in Dying

FORMAL WRITTEN REQUEST

This form can be completed by any person wishing to make a formal written request for medical assistance in dying (MAID). This form can only be completed AFTER you have been informed by a medical practitioner or nurse practitioner that you have a grievous and irremediable medical condition.

All information is mandatory unless indicated otherwise.

Please provide the completed form to your health care provider.

This form must be submitted to the MAID Review Committee by your health care provider.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED

- The completed form must be placed on the person's medical record.
- A copy of the completed form must be securely emailed* or faxed to the MAID Review Committee **within 72 hours of the person's assessment for eligibility by an Assessing Practitioner.**

* Completed forms being sent by email are to be sent via Secure File Transfer (<https://sft.gov.nt.ca>).

MAID Review Committee

Phone: 867-767-9062 ext. 49190

Secure Fax: 867-873-2315

Email: MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca

For assistance with facilitating access to a Practitioner that can assess the patient's eligibility, please contact the Central Coordinating Service:

Monday to Friday: 9:00am – 5:00pm

Toll Free: 1-833-492-0131

Email: maid_careteam@gov.nt.ca

FORMULAIRE 1 – Aide médicale à mourir

DEMANDE ÉCRITE OFFICIELLE

Ce formulaire peut être rempli par toute personne souhaitant faire une demande officielle écrite d'aide médicale à mourir (AMM). Vous ne pouvez remplir ce formulaire qu'APRÈS avoir été informé par un médecin ou un infirmier praticien que vous êtes affecté de problèmes de santé graves et irrémédiables.

Tous les renseignements sont obligatoires, sauf indication contraire.

Veuillez remettre le formulaire rempli à votre professionnel de la santé.

Le présent formulaire doit être soumis au Comité d'examen de l'AMM par votre professionnel de la santé.

MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN

- Le formulaire dûment rempli doit être enregistré dans le dossier médical du patient.
- Une copie du formulaire rempli doit être envoyée par télécopieur ou par courriel* sécurisé au Comité d'examen de l'AMM **dans les 72 heures après l'évaluation de l'admissibilité du patient par un praticien évaluateur.**

* Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par transfert de fichiers sécurisé (voir : <https://sft.gov.nt.ca/>).

Comité d'examen de l'AMM

Téléphone : 867-767-9062, poste 49190

Télécopieur sécurisé : 867-873-2315

Courriel : MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca

Pour savoir comment renvoyer le patient vers un praticien pouvant évaluer son admissibilité, veuillez communiquer avec le Service de coordination central :

Du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h

Sans frais : 1-833-492-0131

Courriel : maid_careteam@gov.nt.ca

1. PERSONAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

A. Required Information / Renseignements requis

Name:

Nom :

Sex at Birth: ☐ Male ☐ Female ☐ Other – specify:

Sexe à la naissance : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre – précisez : _____

Postal Code:

Code postal :

Date of Birth (dd/mm/yyyy):

Date de naissance (jj-mm-aaaa) :

Health Care Number:

Numéro d'assurance-maladie :

☐ Not Applicable

☐ Sans objet

Province or Territory that Issued the Health Care Number:

Province ou territoire qui a émis le numéro d'assurance-maladie :

If you do not have a health insurance number, please indicate the province or territory of your usual place of residence.

Si vous n'avez pas de numéro d'assurance-maladie, veuillez indiquer votre province ou votre territoire de résidence habituel.

<p>Where is your usual place of residence?</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital (excludes palliative care beds or unit)</p> <p><input type="checkbox"/> Palliative care facility (includes hospital-based palliative care beds, unit or hospice)</p> <p><input type="checkbox"/> Residential care facility (include long-term care facilities)</p> <p><input type="checkbox"/> Private residence (including retirement home)</p> <p><input type="checkbox"/> Correctional facility/Prison</p> <p><input type="checkbox"/> Shelter/Group Home</p> <p><input type="checkbox"/> Other – specify: _____</p>	<p>Quel est votre lieu de résidence habituel?</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital (à l'exception d'un Service de soins palliatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins palliatifs (y compris les lits ou services 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 (y compris la maison de retraite)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement correctionnel ou prison</p> <p><input type="checkbox"/> Refuge ou hébergement collectif</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – précisez : _____</p>
<p>If your usual place of residence is a private residence, what are your usual living arrangements?</p> <p><input type="checkbox"/> Living with family (partner, children, parents)</p> <p><input type="checkbox"/> Living alone</p> <p><input type="checkbox"/> Living with relatives</p> <p><input type="checkbox"/> Living with non-relatives</p> <p><input type="checkbox"/> Other – specify: _____</p>	<p>Si votre lieu de résidence habituel est une résidence privée, quelles sont vos conditions de vie habituelles?</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec ma famille (partenaire, enfants, parents).</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis seul.</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec des proches.</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec d'autres personnes que des proches.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – précisez : _____</p>
<p>B. Optional Information</p>	<p>B. Renseignements facultatifs</p>
<p>Gender Identity:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other – specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p> <p>Gender Pronouns – specify: _____</p>	<p>Identité de genre :</p> <p><input type="checkbox"/> Homme</p> <p><input type="checkbox"/> Femme</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p> <p>Pronoms de genre – précisez : _____</p>
<p>Indigenous Identity (choose all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> First Nations</p> <p><input type="checkbox"/> Inuk/Inuit</p> <p><input type="checkbox"/> Métis</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Indigenous</p> <p><input type="checkbox"/> Do not know</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p>	<p>Identité autochtone (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Premières Nations</p> <p><input type="checkbox"/> Inuk/Inuit</p> <p><input type="checkbox"/> Métis</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Autochtone</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p>
<p>Racial, Ethnic, or Cultural Group (choose all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Black</p> <p><input type="checkbox"/> East Asian (Chinese, Korean, Japanese, Taiwanese, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Latin American</p> <p><input type="checkbox"/> Middle Eastern (Arab, Persian Lebanese, Turkish, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> South-east Asian (Filipino, Thai Vietnamese, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> South Asian (Indian, Pakistani, Bangladeshi, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasian (white)</p> <p><input type="checkbox"/> Another racial, ethnic, or cultural group – specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Do not know</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p>	<p>Groupe racial, ethnique ou culturel (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Noir</p> <p><input type="checkbox"/> Asie de l'Est (chinois, coréen, japonais, taïwanais, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Amérique latine</p> <p><input type="checkbox"/> Moyen-Orient (arabe, perse, libanais, turc, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est (philippin, thaïlandais, vietnamien, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Asie du Sud (indien, pakistanais, bangladais, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasien (blanc)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre groupe racial, ethnique ou culturel – précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p>

Disabilities:

In your opinion, do you have a disability?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Do not know
☐ Do not want to provide this information

If yes:

A. Which of the following best describes the type of disability (choose all that apply):

- ☐ Seeing
☐ Hearing
☐ Mobility
☐ Flexibility
☐ Dexterity
☐ Pain-related
☐ Learning
☐ Developmental
☐ Mental health related
☐ Memory
☐ Other long term condition – specify: _____
☐ Do not know
☐ Do not want to provide this information

B. In your opinion, how often does your disability limit your daily activities?

- ☐ Never
☐ Rarely
☐ Sometimes
☐ Often
☐ Always
☐ Do not know
☐ Do not want to provide this information

C. How long have you had the disability?

- ☐ _____ Years
☐ _____ Months
☐ Do not know
☐ Do not want to provide this information

Handicaps :

Selon vous, souffrez-vous d'un handicap?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas
☐ Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

Si oui :

A. Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux le type de handicap? Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Vue
☐ Ouïe
☐ Mobilité
☐ Souplesse
☐ Dextérité
☐ Douleur
☐ Apprentissage
☐ Développement
☐ Santé mentale
☐ Mémoire
☐ Autre condition à long terme – précisez : _____
☐ Je ne sais pas
☐ Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

B. À votre avis, à quelle fréquence votre handicap limite-t-il vos activités quotidiennes?

- ☐ Jamais
☐ Rarement
☐ Parfois
☐ Souvent
☐ Toujours
☐ Je ne sais pas
☐ Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

C. Depuis combien de temps souffrez-vous de cet handicap?

- ☐ _____ année(s)
☐ _____ mois
☐ Je ne sais pas
☐ Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

2. FORMAL REQUEST

I, _____,
Name (please print)

I am making this request for MAID. By signing below, I confirm that:

- I have been informed by a Practitioner that I have a grievous and irremediable medical condition¹.
- I am making this request voluntarily, and not as a result of external pressure.
- I am capable of making decisions with respect to my health.
- I am a resident of Canada eligible for health care coverage under a provincial/territorial plan.

¹A person has a grievous and irremediable medical condition if:

- (a) They have a serious and incurable illness, disease or disability*;
- (b) They are in an advanced state of irreversible decline in capability;
- (c) That illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable.

* For the purposes of MAID, mental illness is excluded as a serious and incurable illness, disease, or disability.

2. DEMANDE OFFICIELLE

Je soussigné(e), _____,
Nom (en caractères d'imprimerie)



soumets la présente demande d'AMM. En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

- J'ai été informé(e) par un praticien que je suis affecté(e) de problèmes de santé graves et irrémédiables.
- Je fais cette demande de manière volontaire et sans pression extérieure.
- Je suis capable de prendre des décisions en ce qui concerne ma santé.
- Je réside au Canada et je suis bénéficiaire de l'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire.

¹Une personne est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables si :

- a) elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- b) sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- c) sa maladie, son affection, son handicap ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables.

* Aux fins de l'aide médicale à mourir, la maladie mentale est exclue des maladies, des affections ou des handicaps graves et incurables.

3. SIGNATURE OF PERSON REQUESTING MAID	3. SIGNATURE DE LA PERSONNE DEMANDANT L'AMM
Person Requesting MAID must sign and date, by hand, in the presence of the Independent Witness listed in Section 4.	La personne qui demande l'AMM doit signer et dater cette section, à la main, en présence du témoin indépendant mentionné à la section 4.
<i>This request is my informed consent to receive MAID. I understand that I can withdraw this request at any time and in any manner.</i>	<i>Cette demande fait état de ma décision éclairée de recevoir l'AMM. Je comprends que je peux retirer ma demande en tout temps et par tout moyen.</i>
<div style="text-align: center;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Signature of person requesting MAID / Signature de la personne demandant l'AMM Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa) Time / Heure </div>	
* IF APPLICABLE: Signature of Person Signing on Behalf of Person Requesting MAID if Person Requesting MAID is Unable to Sign Person Signing on Behalf of Patient must sign and date, by hand, in the presence of the Person Requesting MAID and the Independent Witness listed in Section 4.	* LE CAS ÉCHÉANT : Signature de la personne signant au nom de la personne demandant l'AMM si la personne demandant l'AMM n'est pas en mesure de signer. La personne signant au nom du patient doit signer et dater cette section, à la main, en présence de la personne demandant l'AMM et du témoin indépendant mentionné à la section 4.
I, <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin: 5px 0;"></div> Name of person signing on behalf of person requesting MAID (please print)	Je soussigné(e), <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin: 5px 0;"></div> Nom de la personne signant au nom de la personne demandant l'AMM (en caractères d'imprimerie)
understand that <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin: 5px 0;"></div> Name of person requesting MAID (please print)	comprends que <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin: 5px 0;"></div> Nom de la personne demandant l'AMM (en caractères d'imprimerie)
is making a formal request for MAID. As the person signing on behalf of the person requesting MAID, I confirm that: <ul style="list-style-type: none"> • I am at least 18 years of age; • I understand the nature of the request for MAID; • I am signing and dating the request on the person's behalf, under their express direction and in their presence; and • I do not know or believe I am a beneficiary under the will of the person or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from the person's death. 	fait une demande officielle d'AMM. En tant que personne signant au nom de la personne demandant l'AMM, je confirme ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • J'ai au moins 18 ans; • Je comprends la nature de la demande d'AMM; • Je signe et date la demande au nom de la personne, sous sa direction expresse et en sa présence; • Je ne suis pas ou ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande et je ne recevrai pas ou ne crois pas que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci.
<div style="text-align: center;">  </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> * Signature of person signing on behalf of person requesting MAID (if they are unable to sign) * Signature de la personne qui signe au nom de la personne demandant l'AMM (si celle-ci en est incapable) Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa) Time / Heure </div>	

4. SIGNATURE OF INDEPENDENT WITNESS	4. SIGNATURE DU TÉMOIN INDÉPENDANT
Independent witness must sign and date, by hand, in the presence of the Person Requesting MAID or Person Signing on Behalf of the Person Requesting MAID, and on the same date.	Le témoin indépendant doit signer et dater cette section, à la main, en présence de la personne qui fait la demande d'AMM ou de la personne qui signe au nom de la personne qui fait la demande d'AMM, et à la même date.
<p>I, _____, Name of independent witness (please print)</p> <p>understand that</p> <p>_____ Name of person requesting MAID (please print)</p> <p>has made a formal request for medical assistance in dying.</p> <p>As a witness to that request, I confirm that:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I am at least 18 years of age; • I understand the nature of the request for MAID; • I do not know or believe I am a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from the person's death; • I am not an owner or operator of any health care facility at which the person making the request is being treated or any facility in which the person resides; • I am not directly involved in providing health care services to the person making the request*; and • I do not directly provide personal care to the person making the request*. <p><i>* A person who provides health care services or personal care as their primary occupation and who is paid to provide that care to the person making the request can act as an independent witness, with the exception of the Assessing Practitioner, Consulting Practitioner, Providing Practitioner, or another Practitioner who was consulted in respect of the patient. An unpaid caregiver cannot act as an independent witness.</i></p>	<p>Je soussigné(e), _____ Nom du témoin indépendant (en caractères d'imprimerie)</p> <p>comprends que</p> <p>_____ Nom de la personne demandant l'AMM (en caractères d'imprimerie)</p> <p>a effectué une demande officielle pour recevoir l'aide médicale à mourir.</p> <p>En tant que témoin de cette demande, je confirme ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'ai au moins 18 ans; • Je comprends la nature de la demande d'AMM; • Je ne suis pas ou ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande et je ne recevrai pas ou ne crois pas que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; • Je ne suis pas le propriétaire ou l'exploitant d'un centre de soins de santé où la personne qui fait la demande est traitée ou d'un établissement où elle réside; • Je ne participe pas directement à l'administration des soins de santé à la personne qui fait la demande*; • Je n'administre pas directement des soins personnels à la personne qui fait la demande*. <p><i>* Une personne qui fournit des services de soins de santé ou des soins personnels dans le cadre de sa profession principale et qui est payée pour fournir ces soins à la personne qui fait la demande peut agir en tant que témoin indépendant, à l'exception du praticien évaluateur, du praticien consultant, du praticien fournisseur ou d'un autre praticien qui a été consulté au sujet du patient. Un aidant naturel non rémunéré ne peut pas agir en tant que témoin indépendant.</i></p>
<p>X</p> <p>_____ Signature of independent witness / Signature du témoin indépendant</p> <p>_____ Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa)</p> <p>_____ Time / Heure</p>	

The personal health information on this form is being collected under the authority of the *Criminal Code of Canada*. It is protected by the privacy provisions under the federal *Privacy Act* and the Northwest Territories *Health Information Act* (HIA) and will not be used or disclosed unless allowed or required by the *Privacy Act*, HIA, or any other Act. If you have any questions about this form, please contact the Medical Assistance in Dying Review Committee at 867-767-9062 ext. 49190.

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis conformément au *Code criminel du Canada*. Ces renseignements sont protégés en vertu des dispositions relatives à la confidentialité de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada et de la *Loi sur les renseignements sur la santé* des Territoires du Nord-Ouest, et ne seront ni utilisés ni divulgués, sauf si cela est autorisé ou requis par lesdites lois ou par toute autre loi. Si vous avez des questions sur ce formulaire, veuillez communiquer avec le Comité d'examen de l'aide médicale à mourir, au 867-767-9062, poste 49190.