



FORM 5 – *Medical Assistance in Dying*

WAIVER OF FINAL CONSENT

This form is to be completed by the patient and the Providing Practitioner(s), including any potential Providing Practitioners, to:

- Provide the patient's Advance Consent to receive medical assistance in dying (MAID) (PART A);
- Record the arrangement between the patient and Providing Practitioner(s) for the Practitioner(s) to provide MAID (PART B).

*** Each potential Providing Practitioner is required to complete a separate "Part B" with the patient and append to Part A of the form. A Practitioner cannot provide MAID to a patient via Advance Consent without having completed this form.**

All information is mandatory unless indicated otherwise.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED	MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN
<p>• The following completed forms must be placed on the patient's medical record and copies securely emailed* or faxed to the MAID Review Committee within 72 hours of providing MAID:</p> <ul style="list-style-type: none">Form 5 – <i>Waiver of Final Consent</i> (including each completed Part A and Part B) OR Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying</i>Form 8 – <i>Record of Provision</i> <p>* Completed forms being sent by email are to be sent via <u>Secure File Transfer</u> (https://sft.gov.nt.ca).</p> <p>MAID Review Committee Phone: 867-767-9062 ext. 49190 Secure Fax: 867-873-2315 Email: MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca</p> <p>For assistance with facilitating access to another Practitioner, 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</p>	<p>• Les formulaires suivants doivent être dûment remplis et versés au dossier médical du patient, puis télécopiers ou envoyés par courrier électronique sécurisé* au Comité d'examen de l'AMM dans les 72 heures après l'administration de l'aide médicale à mourir:</p> <ul style="list-style-type: none">Formulaire 5 – Renonciation au consentement final (y compris chaque partie A et partie B complétée) OU formulaire 7 – Consentement exprès du patient pour recevoir l'aide à mourirFormulaire 8 – Rapport sur l'administration de l'AMM <p>* Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par <u>transfert de fichiers sécurisé</u> (voir : https://sft.gov.nt.ca/).</p> <p>Comité d'examen de l'AMM Téléphone : 867-767-9062, poste 49190 Télécopieur sécurisé : 867-873-2315 Courriel : MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca</p> <p>Pour savoir comment renvoyer le patient vers un autre praticien, 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</p>

A. TO BE COMPLETED BY PATIENT / PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT**1. Patient Information / Renseignements sur le patient**

Name:

Nom :

Date of Birth (dd/mm/yyyy):

Date de naissance (jj-mm-aaaa) :

Health Care Number:

Numéro d'assurance-maladie :

2. Advance Consent to Receive Medical Assistance in Dying**2. Consentement préalable à recevoir l'aide médicale à mourir**

I, _____,
Name of Patient (please print)
submitted a Form 1 – *Formal Written Request*

Original date of request for MAID (dd/mm/yyyy)

I made the request voluntarily and not as a result of external pressure.
I understand that I can withdraw my request at any time and in any manner, and I hereby confirm that I have been provided with the opportunity to withdraw my request.

I hereby request and consent to the Practitioner(s) named in each Part B appended to this form to provide me medical assistance in dying by administering a substance that will cause my death on or before

Je soussigné(e), _____,
Nom du patient (en caractères d'imprimerie)
ai soumis le Formulaire 1 – *Demande écrite officielle*

Date de la demande d'aide médicale à mourir originelle (jj-mm-aaaa)

J'ai fait cette demande de manière volontaire et sans pression extérieure.

Je comprends que je peux retirer ma demande en tout temps et par tout moyen, et je confirme, par la présente, qu'on m'a donné la possibilité de retirer ma demande.

Je demande, par la présente, que le ou les praticiens figurant à chacune des parties B jointes au présent formulaire m'administrent l'aide médicale à mourir en m'administrant une substance qui causera mon décès le ou avant le

Date (dd/mm/yyyy)

Date (jj-mm-aaaa)

if I lose capacity to consent to medical assistance in dying before that day.

si je perds la capacité à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir avant ce jour-là et donne mon plein consentement à cet égard.

Terms of the Agreement for Receiving Medical Assistance in Dying

Conditions de l'entente visant à bénéficier de l'aide médicale à mourir

Note: Any additional wishes of the patient that are flexible, (i.e., if these stipulations cannot be met, the Providing Practitioner may still proceed with MAID), should be clearly outlined in the patient's electronic chart. Consider printing out for the patient's paper chart if this would assist with local team communication.

Remarque : tous les souhaits supplémentaires du patient qui sont flexibles (c'est-à-dire que si ces conditions ne peuvent pas être remplies, le praticien fournisseur peut quand même procéder à l'AMM) doivent être clairement décrits dans le dossier électronique du patient. Envisagez d'imprimer le dossier du patient si cela peut faciliter la communication au sein de l'équipe locale.

X

Signature of Patient / Signature du patient

Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa)

Time / Heure

<p>* IF APPLICABLE: Signature of Person Signing on Behalf of Patient if Patient is Unable to Sign.</p> <p>Person Signing on Behalf of Patient must sign and date, by hand, in the presence of the patient.</p>	<p>* LE CAS ÉCHÉANT : Signature de la personne signant au nom du patient si celui-ci en est incapable.</p> <p>La personne signant au nom du patient doit signer et dater ci-dessous cette section, à la main, en présence du patient.</p>
<p>I,</p>	
<p>Name of Person Signing on Behalf of Patient (please print)</p>	
<p>understand that</p>	
<p>Name of Patient (please print)</p>	
<p>has provided their Advance Consent to receive medical assistance in dying.</p>	
<p>As the person signing on behalf of the patient, 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 medical assistance in dying; • I am signing and dating the request on the patient'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 patient or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from the patient's death. 	
<p>Je soussigné(e),</p>	
<p>Nom de la personne signant au nom du patient (en caractères d'imprimerie)</p>	
<p>comprends que</p>	
<p>Nom du patient (en caractères d'imprimerie)</p>	
<p>a donné son consentement exprès pour recevoir l'aide médicale à mourir.</p>	
<p>En tant que personne signant au nom du patient, je confirme que :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • je suis âgé(e) d'au moins 18 ans; • je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir; • je signe et date la demande en la présence du patient et en son nom; et • 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. 	
<p>X</p>	
<p>* Signature of person signing on Behalf of Patient (if Patient is Unable to Sign) * Signature de la personne signant au nom du patient (si celui-ci en est incapable)</p>	
<p>Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa)</p>	
<p>Time / Heure</p>	

B. TO BE COMPLETED BY POTENTIAL PROVIDING PRACTITIONER
À REMPLIR PAR LE PRATICIEN FOURNISSEUR POTENTIEL

1. Patient Information / Renseignements sur le patient

Name:
Nom :

Date of Birth (dd/mm/yyyy):
Date de naissance (jj-mm-aaaa) :

Health Care Number:
Numéro d'assurance-maladie :

2. Risk of Capacity Loss

2. Risque de perte de capacité

I, _____,
Name of Providing Practitioner (please print)

Je, _____,
Nom du praticien fournisseur (en caractères d'imprimerie)

have informed _____,
Name of Patient (please print)

ai informé _____,
Nom du patient (en caractères d'imprimerie)

that the patient is at risk of losing capacity to provide consent to MAID prior to the date on which they wish to receive it and of the various options available to them, including the option to provide Advance Consent.

qu'il risque de perdre sa capacité à fournir son consentement à recevoir l'AMM avant la date à laquelle il souhaite la recevoir, et des différentes options qui s'offrent à lui, notamment l'option de donner son consentement anticipé.

3. Providing Practitioner Information / Renseignements sur le praticien fournisseur

Name:
Nom :

NWT License Number:
Nº de permis aux TNO :

Phone Number:
Numéro de téléphone :

Are you a (choose one):
Profession (choisir une option) :
 Physician Nurse Practitioner
 Médecin Infirmier praticien

If you are a physician, what is your area of specialty?
Si vous êtes médecin, quel est votre domaine de spécialité?
 Family Medicine Other – specify:
 Médecine familiale Autre – précisez : _____

Provide the mailing address at your primary place of work (street, city/town, postal code):
Veuillez indiquer l'adresse postale de votre lieu de travail principal (rue, collectivité, code postal) :

Provide the email address that you use for work:
Veuillez indiquer le courriel que vous utilisez au travail :

To the best of your knowledge or belief, before you received the written request for MAID, did the patient consult you concerning their health for a reason other than seeking MAID?

Yes
Oui

D'après ce que vous savez ou croyez savoir, est-ce que le patient vous avait déjà consulté concernant sa santé pour une raison autre que le fait de chercher à obtenir l'AMM avant que vous receviez cette demande écrite?

No
Non

4. Patient Eligibility to Provide Advance Consent



4. Admissibilité du patient à fournir son consentement anticipé

The following lists the eligibility criteria to provide Advance Consent, thereby waiving the requirement to provide final consent to MAID, as per the **Criminal Code**. ALL criteria must be met in order for the patient to be eligible to provide Advance Consent. Please place a (✓) in the centre column to indicate that the patient meets the criteria.

Note: The Advance Consent is not valid unless the patient is found eligible for MAID by both an Assessing Practitioner and Consulting Practitioner.

Vous trouverez ci-dessous la liste des critères d'admissibilité pour fournir le consentement anticipé, lequel constitue une renonciation au consentement final à recevoir l'AMM, conformément aux dispositions du Code criminel. Le patient doit respecter TOUS les critères pour être admissible à fournir son consentement anticipé. Veuillez cocher (✓) la colonne du centre pour indiquer que le patient respecte le critère.

Remarque : Le consentement anticipé n'est valide que si le praticien évaluateur et le praticien consultant déterminent tous deux que le patient est admissible à l'AMM.

The patient's natural death is reasonably foreseeable.



La mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible.

The patient has capacity to provide Advance Consent to MAID.



Le patient a la capacité de fournir un consentement anticipé à l'AMM.

5. Procedural Requirements	5. Exigences procédurales
<p>I have:</p> <p><input type="checkbox"/> Informed the patient that they are at risk of losing capacity to provide final consent to MAID prior to the date on which the patient wishes to receive it;</p> <p><input type="checkbox"/> Informed the patient of the various options available, including the option to provide Advance Consent;</p> <p><input type="checkbox"/> Discussed with the patient that the Advance Consent would be invalidated if the patient: <ul style="list-style-type: none"> • has capacity to provide final consent at the time MAID is to be provided, and must provide renewed consent in order to proceed with the procedure; or • at the time MAID is being provided, demonstrates by words, sounds, or gestures refusal to have the substance administered or resistance to its administration. </p> <p><input type="checkbox"/> Discussed with the patient what words, sounds, or gestures might constitute refusal to having the substance administered or resistance to its administration.</p> <p><input type="checkbox"/> Informed the patient that it is ultimately up to the Providing Practitioner to determine if the Advance Consent is invalid.</p> <p>I will:</p> <p><input type="checkbox"/> Ensure that the patient has been found eligible for MAID by both an Assessing Practitioner and Consulting Practitioner prior to MAID being provided; otherwise, the Advance Consent is invalid.</p>	<p>J'ai :</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient qu'il risque de perdre la capacité à fournir son consentement final à l'AMM avant la date à laquelle il souhaite la recevoir;</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient des diverses options disponibles, y compris celle de fournir un consentement anticipé;</p> <p><input type="checkbox"/> discuté avec le patient du fait que le consentement anticipé ne sera plus valide s'il : <ul style="list-style-type: none"> • a la capacité de fournir son consentement final au moment de recevoir l'AMM, et qu'il devra alors renouveler son consentement pour aller de l'avant avec la procédure; ou • a, au moment où l'AMM est administrée, démontré par des mots, des sons ou des gestes son refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à son administration; </p> <p><input type="checkbox"/> discuté avec le patient des mots, des sons ou des gestes qui pourraient signifier son refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à son administration.</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient qu'à la fin, il revient au praticien fournisseur de déterminer si le consentement anticipé est invalide.</p> <p>Je vais :</p> <p><input type="checkbox"/> m'assurer que le patient a été jugé admissible à l'AMM par un praticien évaluateur et un praticien consultant avant que l'AMM ne soit administrée; dans le cas contraire, le consentement anticipé n'est pas valide.</p>

X

Signature of Practitioner / Signature du praticien

Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa)

Time / Heure

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.