



FORM 7 – Medical Assistance in Dying

EXPRESS CONSENT BY PATIENT TO RECEIVE MEDICAL ASSISTANCE IN DYING

This form is to be completed by the patient immediately before receiving medical assistance in dying (MAID). If the patient has lost capacity to consent to receiving MAID at the time of provision and a valid Form 5 – *Waiver of Final Consent* has been completed, use Form 5 – *Waiver of Final Consent* instead.

All information is mandatory unless indicated otherwise.

FORMULAIRE 7 – Aide médicale à mourir

CONSENTEMENT EXPRÈS DU PATIENT POUR RECEVOIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Ce formulaire doit être rempli par le patient juste avant de recevoir l'aide médicale à mourir (AMM). Si le patient n'est plus en mesure de consentir à recevoir l'AMM au moment de l'administration et qu'un Formulaire 5 – *Renonciation au consentement final* valide a été rempli, utilisez plutôt le Formulaire 5 – *Renonciation au consentement final*.

Tous les renseignements sont obligatoires, sauf indication contraire.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED	MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN
<ul style="list-style-type: none">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:<ul style="list-style-type: none">Form 5 – <i>Waiver of Final Consent</i> OR Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying</i>Form 8 – <i>Record of Provision</i> <p>* <i>Completed forms being sent by email are to be sent via <u>Secure File Transfer</u> (https://sft.gov.nt.ca).</i></p> <p>MAID Review Committee Phone: 867-767-9062 ext. 49190 Secure Fax: 867-873-2315 Email: MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca</p> <p>Central Coordinating Service: Monday to Friday: 9:00am – 5:00pm Toll Free: 1-833-492-0131 Email: maid_careteam@gov.nt.ca</p>	<ul style="list-style-type: none">Les formulaires suivants doivent être dûment remplis et versés au dossier médical du patient, puis télécopiés ou envoyés par courrier électronique sécurisé* au Comité d'examen de l'AMM dans les 72 heures après l'administration de l'AMM :<ul style="list-style-type: none">Formulaire 5 – <i>Renonciation au consentement final</i> OU formulaire 7 – <i>Consentement exprès du patient pour recevoir l'aide médicale à mourir</i>Formulaire 8 – <i>Rapport sur l'administration de l'AMM</i> <p>* <i>Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par <u>transfert de fichiers sécurisé</u> (voir : https://sft.gov.nt.ca).</i></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>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>

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. CONSENT

I, _____, _____
Name of Patient (please print)

made a request for medical assistance in dying.

I made the request voluntarily and not as a result of external pressure.

I understand that I can withdraw this request at any time and in any manner and that I hereby confirm that I have been provided with the opportunity to withdraw my request.

I hereby request and consent to the provision of medical assistance in dying, by:

☐ Practitioner-administration

☐ Self-administration

☐ I agree to have the Providing Practitioner(s) present at the time that I self-administer the medications

☐ I agree to having the Providing Practitioner(s) administer further medications if, after self-administering the first substance, I lose capacity to further consent and I do not die within a

_____ time period,
and under the following additional terms (if applicable):

2. CONSENTEMENT

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

déclare avoir soumis une demande d'aide médicale à mourir.

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, la prestation de l'aide médicale à mourir et j'y consens, par :

☐ Administration par un praticien

☐ Auto-administration

☐ J'accepte que le ou les praticiens délivrant les médicaments soient présents au moment où je m'administre les médicaments.

☐ J'accepte que le ou les praticiens fournisseurs m'administrent d'autres médicaments si l'auto-administration s'avère inefficace et si je ne meurs pas d'ici une période déterminée de

_____, et conformément aux
modalités supplémentaires suivantes (le cas échéant) :

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 cette section, à la main, en présence du patient.</p>
<p>I,</p> <p>_____,</p> <p style="text-align: center;">Name of Person Signing on Behalf of Patient (please print)</p> <p>understand that</p> <p>_____,</p> <p style="text-align: center;">Name of Patient (please print)</p> <p>has provided their express 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>_____,</p> <p style="text-align: center;">Nom de la personne signant au nom du patient (en caractères d'imprimerie)</p> <p>comprends que</p> <p>_____,</p> <p style="text-align: center;">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) Date (dd/mm/yyyy) / Date (jj-mm-aaaa) Time / Heure</p> <p>* Signature de la personne signant au nom du patient (si celui-ci en est incapable)</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.