



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.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED

- 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**:
 - Form 5 – *Waiver of Final Consent* **OR** Form 7 – *Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying*
 - Form 8 – *Record of Provision*

* 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

Central Coordinating Service:

Monday to Friday: 9:00am – 5:00pm

Toll Free: 1-833-492-0131

Email: maid_careteam@gov.nt.ca

MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN

- 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'AMM** :
 - Formulaire 5 – *Renonciation au consentement final* **OU** formulaire 7 – *Consentement exprès du patient pour recevoir l'aide médicale à mourir*
 - Formulaire 8 – *Rapport sur l'administration de l'AMM*
- * 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

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. 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 :

If you would like this information in another official language, contact us at 1-855-846-9601. / Si vous voulez ces informations dans une autre langue officielle, téléphonez-nous au 1-855-846-9601.

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):

X

Signature of Patient / Signature du patient

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) :

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>_____ 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 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>_____ 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>

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.