



FORM 3 – Medical Assistance in Dying

ASSESSMENT OF PATIENT BY CONSULTING PRACTITIONER

This form is to be completed by a Consulting Practitioner following, or in conjunction with, the Assessing Practitioner's finding of a patient's eligibility for Medical Assistance in Dying (MAID) to record the Consulting Practitioner's assessment of the patient's eligibility for MAID.

All information is mandatory unless indicated otherwise.

FORMULAIRE 3 – Aide médicale à mourir

ÉVALUATION DU PATIENT PAR LE PRATICIEN CONSULTANT

Ce formulaire doit être rempli par le praticien consultant après l'évaluation, par le praticien évaluateur, de l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir (AMM), ou conjointement avec ce dernier, afin de consigner l'évaluation de l'admissibilité du patient à l'AMM par le praticien consultant.

Tous les renseignements sont obligatoires, sauf indication contraire.

CONSULTING PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED

- The completed form must be placed on the patient's medical record and a copy securely emailed* or faxed to the Review Committee **within 72 hours of the Consulting Practitioner's assessment**, regardless of whether the Consulting Practitioner determines the patient is eligible.

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

Review Committee

Phone: 1 (867) 767-9062 ext. 49190

Secure Fax: 1 (867) 873-2315

Email: MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca

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

MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN CONSULTANT

- Le formulaire suivant doit être dûment rempli et versé au dossier médical du patient, puis télécopié ou envoyé par courrier électronique sécurisé* au comité d'examen **dans les 72 heures après l'évaluation du patient**, quelle que soit la décision du praticien consultant concernant l'admissibilité du patient à 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

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 autre praticien, veuillez communiquer avec le service de coordination central :

Du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h

N° 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/YY)

Date de naissance (JJ/MM/AA)

Health Care Number

Numéro d'assurance-maladie

2. CONSULTING PRACTITIONER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN CONSULTANT

Name

Nom

NWT License Number

N° de licence aux TNO

Phone Number

Numéro de téléphone

Are you a (choose one):

Profession (choisir une option) :

Physician / Médecin Nurse practitioner / Infirmier praticien

If you are a physician, what is your primary area of specialty?

Si vous êtes médecin, quel est votre domaine de spécialité?

Family medicine / Médecine familiale Other – Specify: _____
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 e-mail address that you use for work:
 Veuillez indiquer l'adresse de courrier électronique 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?
 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?

Yes
 Oui
 No
 Non

X

Signature of Consulting Practitioner / Signature du praticien consultant

(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)

(Time / Heure)

3. ELIGIBILITY CRITERIA AND RELATED INFORMATION

3. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET RENSEIGNEMENTS CONNEXES

A. Assessment Details

A. Détails de l'évaluation

Date assessment by Consulting Practitioner began (DD/MM/YY)

Date du début de l'évaluation par le praticien évaluateur (JJ/MM/AA)

Date assessment by Consulting Practitioner concluded (DD/MM/YY)

Date de fin de l'évaluation par le praticien évaluateur (JJ/MM/AA)

B. Eligibility Criteria*

The following section lists the eligibility criteria as per the **Criminal Code**, and asks you to indicate whether you assessed it and, if so, your opinion as to the patient's eligibility, with relevant details where specified.

A practitioner will not necessarily assess all criteria for every request. If a patient is ineligible based on one criterion, the practitioner may not have assessed the remaining criteria.

***The patient must meet all criteria under this section to be eligible for MAID**

B. Critères d'admissibilité

La section ci-après dresse la liste des critères d'admissibilité prescrits par le **Code criminel**. Indiquez si vous avez évalué chaque critère et, le cas échéant, faites part de votre avis quant à l'admissibilité du patient accompagné des renseignements pertinents aux endroits indiqués.

Un praticien n'évaluera pas nécessairement tous les critères pour chaque demande. Si un patient est inadmissible en vertu d'un critère, le praticien peut décider de ne pas évaluer les autres critères

***Le patient doit répondre à tous les critères de la présente section pour être admissible à l'AMM.**

Is the patient eligible for health services funded by a government in Canada?

Yes No
 Oui Non

Le patient est-il admissible à des services de santé financés par l'État au Canada?

Answer "Yes" if the patient would have been eligible but for an applicable minimum period of residence or waiting period.

Répondez « oui » dans un cas où le patient aurait été admissible, n'eût été le délai minimal de résidence ou de carence applicable.

Is the patient at least 18 years of age?

Yes No
 Oui Non

Le patient est-il âgé d'au moins dix-huit ans?

Is the patient capable of making decisions with respect to their health?

Yes No
 Oui Non

Le patient est-il capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé?

Did the patient make a voluntary request for MAID that, in particular, was not made as a result of external pressure?

Yes No
 Oui Non

Le patient a-t-il fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures?

If yes, specify why you are of the opinion that the request was voluntary and not as a result of external pressure (select all that apply):

- Consultation with patient
 Knowledge of patient from prior consultations or treatments for reasons other than MAID
 Consultations with other health or social services professionals
 Consultation with family members or friends
 Patient's medical records
 Other – Specify: _____

Dans l'affirmative, précisez pourquoi vous estimez que la demande n'est pas volontaire et ne résulte pas d'une pression extérieure (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Consultation avec le patient
 Connaissance du patient à la suite de consultations ou de traitement non liés à l'AMM
 Consultations avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux
 Consultation avec les membres de la famille ou les amis
 Dossiers médicaux du patient
 Autre – Précisez : _____

<p>If no, specify why you are of the opinion that the request was <u>not</u> voluntary and made as a result of external pressure:</p>		<p>Dans la négative, précisez pourquoi vous estimez que la demande n'est pas volontaire et qu'elle résulte d'une pression extérieure :</p>
<p>Did the patient give informed consent to receive MAID after having been informed of the means that were available to relieve their suffering, including palliative care?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Le patient a-t-il consenti de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informé des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs?</p>
<p>Does the patient have a serious and incurable illness, disease or disability?</p> <p>If yes, indicate the illness, disease or disability (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – Specify primary site: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Neurological condition – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory disease – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cardio-vascular condition – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other organ failure – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Frailty</p> <p><input type="checkbox"/> Autoimmune condition</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic pain</p> <p><input type="checkbox"/> Mental disorder (excludes neurocognitive/ neurodevelopmental conditions) – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other condition/co-morbidity – Specify: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Le patient est-il atteint d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer la maladie, l'affection ou le handicap (sélectionnez tout ce qui s'applique) :</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer – Précisez l'organe initialement touché : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie neurologique – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie respiratoire – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre défaillance d'organe – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Fragilité</p> <p><input type="checkbox"/> Affection auto-immune</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble mental (à l'exclusion des troubles neurocognitifs ou neurodéveloppementaux) – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre condition ou comorbidité – Précisez : _____</p>
<p>How long has the patient had a serious and incurable illness, disease or disability?</p> <p><input type="checkbox"/> Less than 3 months</p> <p><input type="checkbox"/> Between 3 months and less than 1 year</p> <p><input type="checkbox"/> Between 1 – less than 5 years</p> <p><input type="checkbox"/> Between 5 – less than 10 years</p> <p><input type="checkbox"/> Between 10 – less than 20 years</p> <p><input type="checkbox"/> 20 years or more</p> <p><input type="checkbox"/> Do not know</p>		<p>Depuis combien de temps le patient est-il atteint d'une affection, d'une maladie ou d'une incapacité grave et incurable?</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de trois mois</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 mois à moins d'un an</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 an à moins de 5 ans</p> <p><input type="checkbox"/> De 5 ans à moins de 10 ans</p> <p><input type="checkbox"/> De 10 ans à moins de 20 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 20 ans ou plus</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>

<p>Is the patient in an advanced state of irreversible decline in capability?</p> <p>If yes, what reasons led you to this opinion (select all that apply)?:</p> <p><input type="checkbox"/> Unable to do most or all activities of daily living (ADLs) and/or instrumental activities of daily living (IADLs) or marked decrease in ability to do these activities</p> <p><input type="checkbox"/> Reduced or minimal oral intake or difficulty swallowing</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent on life sustaining treatments (e.g. transfusions, dialysis, feeding tube, O₂, bipap)</p> <p><input type="checkbox"/> Significant dependence on aid(s) for interaction (e.g., hearing aids, magnifying equipment, speech supports, memory strategies) and/or mobility, or advanced beyond use of these aids or marked increase in dependence</p> <p><input type="checkbox"/> Significant shortness of breath or marked increase</p> <p><input type="checkbox"/> Persistent significant fatigue/weakness or marked increase</p> <p><input type="checkbox"/> Cachexia (extreme weight loss and muscle wasting due to severe chronic illness) or marked change in weight and/or muscle mass</p> <p><input type="checkbox"/> Persistent, significant, and escalating chronic pain</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No Non</p>	<p>La situation médicale du patient se caractérise-t-elle par un déclin avancé et irréversible de ses capacités?</p> <p>Dans l’affirmative, veuillez indiquer les raisons qui vous ont conduit à cette opinion (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacité à effectuer la plupart ou la totalité des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ou diminution marquée de la capacité à effectuer ces activités.</p> <p><input type="checkbox"/> Absorption orale réduite ou minimale ou difficulté à avaler.</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance à l’égard de traitements de maintien de la vie (p. ex. transfusions, dialyse, sonde d’alimentation, O₂, BiPAP).</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendance importante à l’égard d’une ou de plusieurs aides à l’interaction (p. ex. prothèses auditives, appareils d’agrandissement, aides à la parole, stratégies de mémoire) ou à la mobilité, ou stade avancé au-delà de l’utilisation de ces aides, ou augmentation marquée de la dépendance à celles-ci.</p> <p><input type="checkbox"/> Essoufflement important ou augmentation marquée de ce symptôme.</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue ou faiblesse persistante et importante ou augmentation marquée de ce symptôme.</p> <p><input type="checkbox"/> Cachexie (perte de poids extrême et fonte musculaire due à une maladie chronique grave) ou changement marqué du poids ou de la masse musculaire.</p> <p><input type="checkbox"/> Forte douleur chronique qui persiste, voire s’aggrave.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p>
--	--	--

<p>Does the patient's illness, disease or disability, or their state of decline cause them enduring physical or psychological suffering that was intolerable to them and could not be relieved under conditions that they considered acceptable?</p> <p>If yes, indicate how the patient described their suffering (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of ability to engage in activities making life meaningful (e.g., physical/social/leisure activities important to the individual)</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of dignity</p> <p><input type="checkbox"/> Isolation or loneliness</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of ability to perform activities of daily living (e.g. bathing, food preparation, finances)</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of control of bodily functions</p> <p><input type="checkbox"/> Perceived burden on family, friends or caregivers</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequate pain control, or concern about it</p> <p><input type="checkbox"/> Inadequate control of other symptoms, or concern about it</p> <p><input type="checkbox"/> Emotional distress/anxiety/fear/existential suffering</p> <p><input type="checkbox"/> Loss of independence (e.g., having full or majority of autonomy over one's life)</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify:</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La maladie, l'affection, le handicap du patient ou le déclin avancé et irréversible de ses capacités lui causent-ils des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui sont intolérables pour lui et qui ne peuvent être apaisées d'une façon qu'il juge acceptable?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer la façon dont le patient a décrit sa souffrance (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de la capacité à participer à des activités qui donnent un sens à la vie (par exemple, activités physiques, sociales ou récréatives importantes pour la personne)</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de la dignité</p> <p><input type="checkbox"/> Isolement ou solitude</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de sa capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (p. ex. bain, préparation des aliments, finances)</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de contrôle des fonctions corporelles</p> <p><input type="checkbox"/> Impression d'être un fardeau pour la famille, les amis ou les soignants</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle inadéquat de la douleur ou préoccupations à ce sujet</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle inadéquat d'autres symptômes ou préoccupations à ce sujet</p> <p><input type="checkbox"/> Détresse émotionnelle, anxiété, peur, souffrance existentielle</p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'indépendance (par exemple, perte d'autonomie complète ou majoritaire sur sa vie)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez :</p>
--	--	---

<p>C. Procedural Requirements</p> <p>I have:</p> <p><input type="checkbox"/> ensured the patient is capable of providing informed consent to receive MAID, consulting with other health care professionals as required;</p> <p><input type="checkbox"/> assessed the patient to determine if their natural death is reasonably foreseeable, taking into account all of the patient's medical circumstances; and</p> <p><input type="checkbox"/> informed the patient of their ability to withdraw their request for MAID at any time and in any manner.</p>	<p>C. Exigences procédurales</p> <p>J'ai :</p> <p><input type="checkbox"/> vérifié que le patient est capable de consentir de manière éclairée à recevoir l'AMM, en consultant d'autres professionnels de la santé, au besoin;</p> <p><input type="checkbox"/> évalué le patient pour déterminer si sa mort naturelle est raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale; et</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient qu'il peut, à tout moment et de toute façon, annuler sa demande d'AMM.</p>
<p>I state and confirm that I:</p> <p><input type="checkbox"/> am not a mentor to the other Practitioners involved in the MAID process or responsible for supervising their work;</p> <p><input type="checkbox"/> do not know or believe that 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 death of the patient; and</p> <p><input type="checkbox"/> do not know or believe that I am connected to the other Practitioners involved in MAID process, or to the patient making the request, in any way that affects my objectivity.</p>	<p>Je déclare et je confirme que je :</p> <p><input type="checkbox"/> ne suis ni le mentor des autres praticiens qui participent au processus d'AMM ni responsable de la supervision de leur travail;</p> <p><input type="checkbox"/> ne sais pas ou ne crois pas que je figure à titre de bénéficiaire au testament du patient qui fait la demande ou que je retirerai un quelconque avantage matériel, financier ou autre découlant du décès du patient; et</p> <p><input type="checkbox"/> ne sais pas ou ne crois pas que j'ai des liens avec d'autres praticiens qui participent au processus d'AMM, ou avec le patient qui fait la demande, qui influenceraient mon objectivité.</p>

<p>D. Additional Safeguards – Natural Death not Reasonably Foreseeable <i>N/A If the patient’s natural death was reasonably foreseeable.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>D. Mesures de protection supplémentaires – mort naturelle qui n’est pas raisonnablement prévisible <i>S. O. si la mort naturelle du patient était raisonnablement prévisible.</i></p>
<p>i. Information on Means to Relieve Suffering</p>		<p>i. Information sur les moyens d’alléger la souffrance</p>
<p><input type="checkbox"/> I have ensured that the patient has been informed of the reasonable and alternative means to relieve the patient’s suffering, including, where appropriate under the circumstances, counselling services, mental health and disability support services, community care, and palliative care; and</p> <p><input type="checkbox"/> I have ensured that the patient has been offered consultations with relevant professionals who provide such services.</p> <p>Which means to relieve their suffering were discussed and offered to the patient (select all that apply)?:</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacological</p> <p><input type="checkbox"/> Non-pharmacological (e.g. neuro stimulation, ECT)</p> <p><input type="checkbox"/> Counselling</p> <p><input type="checkbox"/> Mental health support</p> <p><input type="checkbox"/> Disability support</p> <p><input type="checkbox"/> Community services – income</p> <p><input type="checkbox"/> Community Services – housing</p> <p><input type="checkbox"/> Community services – other – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Health Care services including Palliative care</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Je me suis assuré que le patient a été informé des moyens raisonnables et alternatifs d’alléger sa souffrance, y compris, au besoin et selon les circonstances, des services de counseling et de soutien à la santé mentale et aux personnes handicapées des soins communautaires et des soins palliatifs; et</p> <p><input type="checkbox"/> Je me suis assuré que l’on a offert au patient des consultations avec des professionnels compétents qui fournissent de tels services.</p> <p>Quels moyens de soulager sa souffrance ont-ils été proposés et expliqués au patient? Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent.</p> <p><input type="checkbox"/> Moyens pharmacologiques</p> <p><input type="checkbox"/> Moyens non pharmacologiques (par ex. neurostimulation, TEC)</p> <p><input type="checkbox"/> Counseling</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien en santé mentale</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien aux personnes handicapées</p> <p><input type="checkbox"/> Services communautaires – revenus</p> <p><input type="checkbox"/> Services communautaires – logement</p> <p><input type="checkbox"/> Services communautaires – autre (précisez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Services de soins de santé, y compris soins palliatifs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p>
<p><input type="checkbox"/> I have discussed with the patient the reasonable and alternative means to relieve the patient’s suffering; and</p> <p><input type="checkbox"/> I, and the Assessing Practitioner, agree with the patient that the patient has given serious consideration to those means.</p> <p>How and on what basis did you form the opinion that the patient has given serious consideration to the means to relieve their suffering (select all that apply)?:</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with patient</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with family/friends</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with professional care/medical providers</p> <p><input type="checkbox"/> Accepted/attempted multiple treatments appropriate for the condition</p> <p><input type="checkbox"/> Previous knowledge of patient</p> <p><input type="checkbox"/> Receptive to discussion on available means to relieve suffering</p> <p><input type="checkbox"/> Review of medical records</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> J’ai discuté avec le patient des moyens raisonnables et alternatifs d’alléger sa souffrance; et</p> <p><input type="checkbox"/> À titre de praticien évaluateur, je suis d’accord avec le patient comme quoi celui-ci a sérieusement envisagé ces options.</p> <p>Comment et sur quelle base vous êtes-vous forgé l’opinion selon laquelle le patient a sérieusement réfléchi aux moyens de soulager sa souffrance? Sélectionnez toutes les réponses qui s’appliquent.</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec les membres de la famille ou les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation de professionnels de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> Tentative de plusieurs traitements appropriés à l’état du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance préalable du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Réceptif à la discussion sur les moyens disponibles pour soulager la souffrance</p> <p><input type="checkbox"/> Examen des dossiers médicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p>

<p>ii. Assessment Expertise</p> <p>The Practitioner with the requisite expertise in the condition causing the patient's suffering* is:</p> <p><input type="checkbox"/> myself (the Consulting Practitioner)</p> <p><input type="checkbox"/> the Assessing Practitioner</p> <p><input type="checkbox"/> another Practitioner, who has shared the results of their consultation with:</p> <p><input type="checkbox"/> myself (the Consulting Practitioner)</p> <p><input type="checkbox"/> the Assessing Practitioner</p> <p>The Practitioner's expertise as it relates to the condition causing the patient's suffering is (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiology</p> <p><input type="checkbox"/> General internal medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Geriatric medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Nephrology</p> <p><input type="checkbox"/> Neurology</p> <p><input type="checkbox"/> Oncology</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatry</p> <p><input type="checkbox"/> Pain management</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p><small>* Having expertise does not require that the Practitioner be licensed as a specialist for that condition.</small></p>	<p>ii. Expertise en évaluation</p> <p>Le praticien qui possède l'expertise voulue pour le problème de santé causant la souffrance du patient* est :</p> <p><input type="checkbox"/> moi-même (le praticien consultant)</p> <p><input type="checkbox"/> le praticien évaluateur</p> <p><input type="checkbox"/> un autre praticien qui détient ou partagera les résultats de sa consultation avec :</p> <p><input type="checkbox"/> moi-même (le praticien consultant)</p> <p><input type="checkbox"/> le praticien évaluateur</p> <p>L'expertise du praticien en ce qui concerne l'affection à l'origine de la souffrance du patient est la suivante (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine interne générale</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Néphrologie</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologie</p> <p><input type="checkbox"/> Oncologie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion de la douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><small>* Le fait de détenir l'expertise n'exige pas que le praticien détienne un permis d'exercice à titre de spécialiste de ce problème de santé.</small></p>
<p>iii. Assessment Period</p> <p><input type="checkbox"/> I have assessed the patient to determine if the patient is at imminent risk of losing capacity to provide consent to receive MAID, and:</p> <p>A. Assessment Period Amendment Required</p> <p><input type="checkbox"/> I have determined, in consultation with the patient and Assessing Practitioner, that the patient is at imminent risk of losing such capacity and that a shorter Assessment Period is appropriate in the circumstances;</p> <p>OR</p> <p>B. No Assessment Period Amendment Required</p> <p><input type="checkbox"/> I have determined that the patient is not at risk of losing such capacity at this time.</p>	<p>iii Période de réflexion</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai évalué le patient afin de déterminer s'il court le risque imminent de perdre sa capacité à fournir son consentement pour recevoir l'AMM et j'ai déterminé l'une ou l'autre des choses suivantes :</p> <p>A. Modification de la période d'évaluation requise</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai déterminé, en consultation avec le patient et le praticien évaluateur, que le patient court un risque imminent de perdre cette capacité et qu'une période d'évaluation plus courte convenait dans les circonstances;</p> <p>OU</p> <p>B. Aucune modification de la période d'évaluation requise</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai déterminé que le patient ne court pas le risque de perdre une telle capacité à l'heure actuelle.</p>
<p>X</p> <p>Signature of Consulting Practitioner (Date – DD/MM/YY) (Time)</p>	<p>X</p> <p>Signature du praticien consultant (Date – JJ/MM/AA) (Heure)</p>

E. Finding of Eligibility or Ineligibility	E. Conclusions concernant l'admissibilité ou l'inadmissibilité
<p>I have determined that the patient currently:</p> <p><input type="checkbox"/> Meets the eligibility criteria for MAID.</p> <p>OR</p> <p><input type="checkbox"/> Does not meet the eligibility criteria for MAID.</p>	<p>J'ai décidé qu'en l'état actuel, le patient :</p> <p><input type="checkbox"/> répondait aux critères d'admissibilité à l'AMM.</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> ne répondait pas aux critères d'admissibilité à l'AMM.</p>
<p>Did you consult with other health care professionals, such as a psychiatrist or the patient's primary care provider, or social workers to inform your assessment (do not include the mandatory assessment by Assessing Practitioner)?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, indicate what type of professional you consulted (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse</p> <p><input type="checkbox"/> Oncologist</p> <p><input type="checkbox"/> Palliative care specialist</p> <p><input type="checkbox"/> Primary care provider</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrist</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologist</p> <p><input type="checkbox"/> Social worker</p> <p><input type="checkbox"/> Speech pathologist</p> <p><input type="checkbox"/> Other health care professional – Specify:</p> <p>_____</p>	<p>Avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé, comme un psychiatre ou le fournisseur de soins primaires du patient, ou encore des travailleurs sociaux pour éclairer votre évaluation (ne pas inclure l'évaluation obligatoire par le praticien évaluateur)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans l'affirmative, indiquez le type de professionnel consulté (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier</p> <p><input type="checkbox"/> Oncologue</p> <p><input type="checkbox"/> Spécialiste des soins palliatifs</p> <p><input type="checkbox"/> Fournisseur de soins primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur social</p> <p><input type="checkbox"/> Orthophoniste</p> <p><input type="checkbox"/> Autre professionnel de la santé – Précisez :</p> <p>_____</p>

ASSESSMENT NOTES / OBSERVATIONS

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 1 (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 consulter le comité d'examen sur l'aide médicale à mourir, au 867-767-9062, poste 49190.