



**FORM 9 – Medical Assistance in Dying**

**DEATH OF PATIENT FROM OTHER CAUSE**

This form is to be completed by a Practitioner who receives **ANY FORM** of a request for Medical Assistance in Dying and becomes aware of the patient's death from a cause other than Medical Assistance in Dying (MAID) **within 90 days of receiving the request.**

**FORMULAIRE 9 – Aide médicale à mourir**

**DÉCÈS DU PATIENT PAR UNE AUTRE CAUSE**

Ce formulaire doit être rempli par tout praticien recevant une demande d'aide médicale à mourir (AMM) **SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT** et qui est informé que le patient est décédé d'une autre cause que l'AMM **dans les 90 jours suivant la réception de la demande d'AMM.**

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED	MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN
<ul style="list-style-type: none"><li>The completed form must be placed on the patient's medical record and a copy securely emailed* or faxed to the Review Committee <b>within 30 days of the Practitioner becoming aware of the patient's death.</b></li></ul> <p><i>* Completed forms being sent by email are to be sent via Secure File Transfer (see: <a href="https://sft.gov.nt.ca/">https://sft.gov.nt.ca/</a>)</i></p> <p><b>Review Committee</b> Phone: 1 (867) 767-9062 ext. 49190 Secure Fax: 1 (867) 873-2315 Email: MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>Le formulaire dûment rempli doit être versé au dossier médical du patient, puis télécopié ou envoyé par courrier électronique sécurisé* au comité d'examen dans les <b>30 jours après que le praticien apprend le décès du patient.</b></li></ul> <p><i>* Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par transfert de fichiers sécurisé (voir : <a href="https://sft.gov.nt.ca/">https://sft.gov.nt.ca/</a>).</i></p> <p><b>Comité d'examen</b> Téléphone : 867-767-9062, poste 49190 Télécopieur sécurisé : 867-873-2315 Courriel : MAID_ReviewCommittee@gov.nt.ca</p>

**1. PATIENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT**

Required Information / Renseignements requis	
Name Nom	
Sex at birth <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other – Specify: Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____	
Postal Code Code postal	Date of Birth (DD/MM/YY) Date de naissance (JJ/MM/AA)
Health Care Number Numéro d'assurance-maladie	<input type="checkbox"/> Not applicable Sans objet
Province or Territory that Issued the Health Care Number  <i>If you do not have a health insurance number, please indicate the province or territory of your usual place of residence.</i>	Province ou territoire qui a émis le numéro d'assurance-maladie  <i>Si vous n'avez pas de numéro d'assurance-maladie, veuillez indiquer votre province ou votre territoire de résidence habituel.</i>
Optional Information – If Known	Renseignements facultatifs – si connus
<b>Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____ <input type="checkbox"/> Do not know	<b>Identité de genre :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<b>Indigenous Identity (choose all that apply):</b> <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Inuk/Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Non-Indigenous <input type="checkbox"/> Do not know	<b>Identité autochtone (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</b> <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Inuk/Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Non-Autochtone <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

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.

**Racial, Ethnic, or Cultural Group** (choose all that apply):

Black

East Asian (Chinese, Korean, Japanese, Taiwanese, etc.)

Latin American

Middle Eastern (Arab, Persian Lebanese, Turkish, etc.)

South-east Asian (Filipino, Thai Vietnamese, etc.)

South Asian (Indian, Pakistani, Bangladeshi, etc.)

Caucasian (white)

Another racial, ethnic, or cultural group – Specify: \_\_\_\_\_

Do not know

**Groupe racial, ethnique ou culturel** (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :

Noir

Asie de l'Est (chinois, coréen, japonais, taïwanais, etc.)

Amérique latine

Moyen-Orient (arabe, perse, libanais, turc, etc.)

Asie du Sud-Est (philippin, thaïlandais, vietnamien, etc.)

Asie du Sud (indien, pakistanais, bangladais, etc.)

Caucasiens (blanc)

Autre groupe racial, ethnique ou culturel – Précisez : \_\_\_\_\_

Je ne sais pas

**Disabilities:**  
In your opinion, did they have a disability?

Yes

No

Do not know

**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

**B.** In the patient's opinion, how often did their disability limit their daily activities?

Never

Rarely

Sometimes

Often

Always

Do not know

**C.** How long has the patient had the disability?

\_\_\_\_\_ Years

\_\_\_\_\_ Months

Do not know

**Handicaps :**  
Selon vous, le patient souffre-t-il d'un handicap?

Oui

Non

Je ne sais pas

**Si oui :**

**A.** Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux le type de handicap? (Sélectionnez 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

**B.** De l'avis du patient, à quelle fréquence son handicap limitait-il ses activités quotidiennes?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Je ne sais pas

**C.** Depuis combien de temps le patient souffre-t-il de cet handicap?

\_\_\_\_\_ année(s)

\_\_\_\_\_ mois

Je ne sais pas

## 2. PRACTITIONER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN

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 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 Practitioner / Signature du praticien

(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)

(Time / Heure)

## 3. DEATH OF PATIENT FROM OTHER CAUSE

Date of patient's death (if known): \_\_\_\_\_  
(DD/MM/YY)

Did you complete the patient's medical certificate of death?  
 Yes  No

If **yes**, what was the patient's (as indicated on the certificate):

• Immediate cause of death:

• Underlying cause(s) of death:

## 3. DÉCÈS DU PATIENT D'UNE AUTRE CAUSE

Date de décès du patient (si connue) : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AA)

Avez-vous rempli le certificat de décès du patient?  
 Oui  Non

**Dans l'affirmative**, veuillez indiquer les éléments suivants (figurant sur le certificat de décès du patient):

• Cause immédiate du décès :

• Cause(s) sous-jacente(s) du décès :

If known, what was the underlying reason(s) that led to the person dying of a natural death, before receiving MAID (select all that apply)?:

- Patient was referred or requested MAID too late (i.e. referral time was too short)
- Patient died before both assessments were completed
- Person was found eligible but died before scheduled MAID provision
- Patient never chose a date to proceed with MAID provision
- No assessor/provider available/willing
- Operational issues (i.e., could not be moved to a facility that allowed MAID, medication shortages, bed shortages, health care personnel unavailable)
- Loss of capacity to consent without Advance Consent being completed
- Lack of pharmacy willing to provide MAID medications
- Other – Specify: \_\_\_\_\_
- Do not know

Si elle est connue, quelle(s) raison(s) sous-jacente(s) a (ont) conduit la personne à décéder de mort naturelle avant de recevoir l'AMM? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Le patient a demandé l'AMM trop tard, ou a été aiguillé vers celle-ci trop tard (c'est-à-dire que le délai d'aiguillage était trop court).
- Le patient est décédé avant que les deux évaluations ne soient terminées.
- Le patient a été jugé admissible, mais est décédé avant que l'AMM ne soit administrée.
- Le patient n'a jamais choisi de date pour procéder à l'administration de l'AMM.
- Aucun praticien évaluateur ou fournisseur n'était disponible pour administrer l'AMM, ou disposé à le faire.
- Problèmes opérationnels (par exemple, impossibilité d'être transféré dans un établissement autorisant l'AMM, pénurie de médicaments, pénurie de lits, personnel de santé non disponible).
- Le patient a perdu sa capacité à consentir à l'AMM avant que le consentement anticipé soit rempli.
- Aucune pharmacie n'était prête à fournir les médicaments pour l'AMM.
- Autre – Précisez : \_\_\_\_\_
- Je ne sais pas

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.