



FORM 6 – Medical Assistance in Dying DISPENSING OF MEDICATION

This form is to be completed by a Pharmacist dispensing medication for the purposes of Medical Assistance in Dying. A list of the medications dispensed must be attached to the form.

Note: only pharmacists are permitted to dispense the medications. Medications must only be dispensed in a hospital pharmacy and must only be provided to a medical practitioner, nurse practitioner, or registered nurse.

FORMULAIRE 6 – Aide médicale à mourir DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS

Ce formulaire doit être rempli par un pharmacien qui délivre des médicaments dans le cadre de l'aide médicale à mourir. Une liste des médicaments délivrés doit être jointe au formulaire.

Remarque : Seuls les pharmaciens sont autorisés à délivrer les médicaments. Ces médicaments doivent être uniquement délivrés par la pharmacie d'un hôpital et remis à un professionnel de la santé, un infirmier praticien ou un infirmier autorisé.

PHARMACIST ACTIONS REQUIRED

- A copy of the completed form and list of medications dispensed must be securely emailed* or faxed to the Review Committee **within 72 hours of dispensing the medications.**

* 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

MESURES À PRENDRE PAR LE PHARMACIEN

- Une copie du formulaire rempli et de la liste des médicaments délivrés doit être envoyée par télécopieur ou par courrier électronique sécurisé* au comité d'examen **dans les 72 heures suivant la délivrance des médicaments.**

* 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

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. PHARMACIST INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PHARMACIEN

Name

Nom

Name of hospital where substance was dispensed

Nom de l'hôpital où la substance a été délivrée

Mailing address of hospital where substance was dispensed (street, city/town, postal code)

Adresse postale de l'hôpital où la substance a été délivrée (rue, collectivité, code postal)

NWT License Number

N° de licence aux TNO

Phone Number of Pharmacist

Numéro de téléphone du pharmacien

Work Email Address

Courriel professionnel

X

Signature

(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)

(Time / Heure)

