



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 médecin, 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)

3. PROVIDING PRACTITIONER INFORMATION**RENSEIGNEMENTS SUR LE PRACTICIEN FOURNISSEUR AYANT PRESCRIT LES MÉDICAMENTS**

Name Nom	NWT License Number N° de licence aux TNO
-------------	---

4. DISPENSING INFORMATION**4. RENSEIGNEMENTS SUR LA PRESCRIPTION**

I, _____, (Name of Pharmacist, please print) confirm that, before dispensing any medications, I was informed by _____ (Name of Providing Practitioner, please print) that the medication(s) prescribed and listed below are being prescribed to _____ (Name of Patient, please print) for the purpose of providing MAID.	Je soussigné(e), _____, (nom du pharmacien en caractères d'imprimerie) confirme qu'avant de délivrer les médicaments, j'ai été informé(e) par _____ (nom du praticien qui délivre les médicaments, en caractères d'imprimerie) que les médicaments indiqués ci-dessous avaient bien été prescrits à _____ (nom du patient en caractères d'imprimerie) dans le but d'administrer l'AMM.
Date substance was dispensed (prepared): (Date – DD/MM/YY)	Date à laquelle la substance a été délivrée (préparée) : (Date – JJ/MM/AA)
I have dispensed the attached list of medications to: _____ (Name, please print) (Date – DD/MM/YY)	J'ai remis les médicaments mentionnés à : _____ (nom en caractères d'imprimerie) (Date – JJ/MM/AA)

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.