



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, unless a valid Form 5 – *Waiver of Final Consent* has been completed.

FORMULAIRE 7 – Aide médicale à mourir

CONSENTEMENT EXPRÈS DU PATIENT POUR RECEVOIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Ce formulaire doit être rempli par le patient juste avant de recevoir l'aide médicale à mourir, à moins qu'un formulaire 5 – *Renonciation au consentement final* valide ait été rempli.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED	MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN
<ul style="list-style-type: none">The following completed forms must be placed on the patient's medical record and copies securely emailed* or faxed to the Review Committee within 72 hours of providing medical assistance in dying:<ul style="list-style-type: none">Form 5 – <i>Waiver of Final Consent</i> OR Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying</i>Form 8 – <i>Record of Provision</i> <p>* Completed forms being sent by email are to be sent via Secure File Transfer (see: https://sft.gov.nt.ca/)</p> <p>Review Committee 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">Les formulaires suivants doivent être dûment remplis et versés au dossier médical du patient, puis télécopiés ou envoyés par courrier électronique sécurisé* au comité d'examen dans les 72 heures après l'administration de l'aide médicale à mourir :<ul style="list-style-type: none">Formulaire 5 – <i>Renonciation au consentement final</i> OU formulaire 7 – <i>Consentement exprès du patient pour recevoir l'aide médicale à mourir</i>Formulaire 8 – <i>Rapport sur l'administration de l'AMM</i> <p>* Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par transfert de fichiers sécurisé (voir : https://sft.gov.nt.ca/).</p> <p>Comité d'examen 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

Name Nom	
Date of Birth (DD/MM/YY) Date de naissance (JJ/MM/AA)	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

(Date – DD/MM/YY)

(Time)

X

* Signature of Person Signing
on Behalf of Patient (if patient is unable to sign)

(Date – DD/MM/YY)

(Time)

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) :

X

Signature du patient

(Date – JJ/MM/AA)

(Heure)

X

* Signature de la personne signant au nom
du patient (si celui-ci en est incapable)

(Date – JJ/MM/AA)

(Heure)

* Signature of Person Signing on Behalf of Patient if Patient is Unable to Sign	* Signature de la personne qui signe au nom du patient si celui-ci en est incapable
<p>I, _____, (Name of Person Signing on Behalf of Patient, please print)</p> <p>understand that</p> <p>_____</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>X</p> <p>_____</p> <p>* Signature of Person Signing on Behalf of Patient (if patient is unable to sign) (Date – DD/MM/YY) (Time)</p>	<p>Je soussigné(e), _____, (nom de la personne signant au nom du patient en caractères d'imprimerie)</p> <p>comprends que</p> <p>_____</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 dix-huit 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 sais pas si je figure ou ne crois pas que je figure dans le testament du patient qui fait la demande à titre de bénéficiaire, ou je ne sais pas si je retirerai ou ne crois pas que je retirerai des avantages financiers ou matériels découlant du décès de ce patient. <p>X</p> <p>_____</p> <p>* Signature de la personne signant au nom du patient (si celui-ci en est incapable) (Date – JJ/MM/AA) (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 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.