



FORM 2 – Medical Assistance in Dying

ASSESSMENT OF PATIENT BY ASSESSING PRACTITIONER

This form is to be completed by the Assessing Practitioner following receipt of a patient's Form 1 – *Formal Written Request* to record the Assessing Practitioner's assessment of the patient's eligibility for Medical Assistance in Dying (MAID).

All information is mandatory unless indicated otherwise.

FORMULAIRE 2 – Aide médicale à mourir

ÉVALUATION DU PATIENT PAR UN PRATICIEN ÉVALUATEUR

Ce formulaire doit être rempli par le praticien évaluateur après réception du formulaire 1 – *Demande écrite officielle*, afin de consigner l'évaluation du praticien évaluateur pour définir si le patient est admissible à l'aide médicale à mourir (AMM).

Tous les renseignements sont obligatoires, sauf indication contraire.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED

- 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 the Assessing Practitioner's assessment**, regardless of whether the Assessing Practitioner determines the patient is eligible:

- Form 1 – *Formal Written Request*
- Form 2 – *Assessment of Patient by Assessing Practitioner*

* 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

- If the patient was deemed eligible, the Assessing Practitioner must ensure that a Consulting Practitioner assesses the patient to confirm that the patient meets the eligibility criteria. The Assessing Practitioner must ensure that a Consulting Practitioner has completed the following forms and has placed them in the patient's medical record:

- Form 3 – *Assessment of Patient by Consulting Practitioner*

For assistance with facilitating access to another Practitioner, please contact the Central Coordinating Service:

Monday to Friday: 8:30am – 5:00pm

Toll Free: 1 (855) 846-9601

Direct : 1 (867) 767-9050 ext. 49008

MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN

- 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 suivant l'évaluation du patient par le praticien évaluateur**, quelle que soit la décision du praticien évaluateur concernant l'admissibilité du patient :

- Formulaire 1 – *Demande écrite officielle*
- Formulaire 2 – *Évaluation du patient par un praticien évaluateur*

* 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

- Si le patient est admissible, le praticien évaluateur doit s'assurer qu'un praticien consultant évalue le patient pour confirmer que ce dernier répond aux critères d'admissibilité. Le praticien évaluateur doit ensuite vérifier que le praticien consultant a dûment rempli les formulaires suivants et qu'il les a versés au dossier médical du patient :

- Formulaire 3 – *Évaluation du patient par un praticien consultant*

Pour savoir comment renvoyer le patient vers un autre praticien, veuillez communiquer avec le service de coordination central :

Du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h

N° sans frais : 1-855-846-9601

N° direct : 867-767-9050, poste 49008

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. ASSESSING PRACTITIONER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN ÉVALUATEUR

Name Nom	
NWT License Number N° de licence aux TNO	Phone Number Numéro de téléphone
Are you a (choose one): Profession (choisir une option) :	If you are a physician, what is your primary area of specialty? Si vous êtes médecin, quel est votre domaine de spécialité?
<input type="checkbox"/> Physician Médecin <input type="checkbox"/> Nurse practitioner Infirmier praticien	<input type="checkbox"/> Family medicine Médecine familiale <input type="checkbox"/> 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, municipalité, 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?	
<input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non	
X Signature of Assessing Practitioner / Signature du praticien évaluateur _____ (Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA) _____ (Time / Heure)	

3. RECEIPT OF THE WRITTEN REQUEST

3. RÉCEPTION DE LA DEMANDE ÉCRITE

Date of receipt of Form 1 – <i>Formal Written Request</i> (DD/MM/YY)	Date de réception du formulaire 1 – <i>Demande écrite officielle</i> (JJ/MM/AA)
From whom did you receive the written request for MAID that triggered the obligation to provide information? <input type="checkbox"/> Patient directly <input type="checkbox"/> Another practitioner <input type="checkbox"/> Care coordination service <input type="checkbox"/> Another third party – Specify: _____	De qui avez-vous reçu la demande écrite d'AMM qui a déclenché l'obligation de fournir l'information? <input type="checkbox"/> Directement du patient <input type="checkbox"/> Autre praticien <input type="checkbox"/> Service de coordination des soins <input type="checkbox"/> Autre tiers – Précisez : _____
If known, did the patient previously make a request for MAID? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, what was the outcome of that request? <input type="checkbox"/> Assessed and found ineligible <input type="checkbox"/> Assessed and found eligible, but patient withdrew request <input type="checkbox"/> Assessed and found eligible, but considerable time elapsed since the assessment <input type="checkbox"/> Request was not actioned <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____	À votre connaissance, le patient a-t-il déjà fait une demande d'AMM? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle a été l'issue de la demande? <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée inadmissible. <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée admissible, mais le patient a retiré sa demande. <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée admissible, mais un temps considérable s'est écoulé depuis l'évaluation. <input type="checkbox"/> La demande n'a pas été traitée. <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____

<p>I have confirmed that the patient's request was:</p> <p><input type="checkbox"/> signed and dated by the patient, or if applicable, by another person;</p> <p><input type="checkbox"/> signed and dated after the patient was informed by a Practitioner that the patient has a Grievous and Irremediable Medical Condition; and</p> <p><input type="checkbox"/> signed and dated before an independent witness who then also signed and dated the form.</p>	<p>J'ai confirmé que la demande du patient était :</p> <p><input type="checkbox"/> signée et datée par le patient ou par son mandataire au besoin;</p> <p><input type="checkbox"/> signée et datée après que le patient a été informé par un praticien qu'il avait une maladie grave et incurable; et</p> <p><input type="checkbox"/> signée et datée en présence d'un témoin indépendant qui a ensuite signé et daté le formulaire.</p>
--	---

4. ELIGIBILITY CRITERIA AND RELATED INFORMATION		4. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ ET RENSEIGNEMENTS CONNEXES	
A. Assessment Details		A. Détails de l'évaluation	
Date assessment by Assessing Practitioner began (DD/MM/YY)		Date du début de l'évaluation par le praticien évaluateur (JJ/MM/AA)	
Date assessment by Assessing Practitioner concluded (DD/MM/YY)		Date de fin de l'évaluation par le praticien évaluateur (JJ/MM/AA)	
<p>B. Eligibility Criteria*</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>*The patient must meet all criteria under this section to be eligible for MAID.</p>		<p>B. Critères d'admissibilité*</p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>* Le patient doit répondre à tous les critères de la présente section pour être admissible à l'AMM.</p>	
<p>Is the patient eligible for health services funded by a government of Canada?</p> <p><i>Answer "Yes" if the patient would have been eligible but for an applicable minimum period of residence or waiting period.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Oui Non</p>	<p>Le patient est-il admissible à des services de santé financés par un gouvernement au Canada?</p> <p><i>Répondez « oui » dans un cas où le patient aurait été admissible, n'eût été le délai minimal de résidence ou de carence applicable.</i></p>	
<p>Is the patient at least 18 years of age?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Oui Non</p>	<p>Le patient est-il âgé d'au moins dix-huit ans?</p>	
<p>Is the patient capable of making decisions with respect to their health?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Oui Non</p>	<p>Le patient est-il capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé?</p>	

<p>Did the patient make a voluntary request for MAID that, in particular, was not made as a result of external pressure?</p> <p>If yes, indicate why you are of this opinion (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with patient</p> <p><input type="checkbox"/> Knowledge of patient from prior consultations or treatment for reasons other than MAID</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with other health or social service professionals</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with family members or friends</p> <p><input type="checkbox"/> Reviewed medical records</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p>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):</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with patient</p> <p><input type="checkbox"/> Knowledge of patient from prior consultations or treatments for reasons other than MAID</p> <p><input type="checkbox"/> Consultations with other health or social services professionals</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with family members or friends</p> <p><input type="checkbox"/> Patient's medical records</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <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><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Le patient a-t-il fait une demande d'AMM de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez indiquer pourquoi vous êtes de cet avis (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance du patient à la suite de consultations ou de traitement non liés à l'AMM</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec les membres de la famille ou les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Dossiers médicaux examinés</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p>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) :</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance du patient à la suite de consultations ou de traitement non liés à l'AMM</p> <p><input type="checkbox"/> Consultations avec d'autres professionnels de la santé ou des services sociaux</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec les membres de la famille ou les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Dossiers médicaux du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</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"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No <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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Neurological condition – Specify:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory disease – Specify:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Cardio-vascular condition – Specify:</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Other organ failure – Specify:</p> <p>_____</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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Other condition/co-morbidity – Specify:</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes Oui</p> <p><input type="checkbox"/> No Non</p>	<p>Le patient est-il atteint d'une maladie, d'une affection ou d'une incapacité 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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie neurologique – Précisez :</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladies respiratoire – Précisez :</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie cardio-vasculaire – Précisez :</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre défaillance d'organe – Précisez :</p> <p>_____</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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre condition ou comorbidité – Précisez :</p> <p>_____</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 decrease in ability to do these activities</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"/> 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 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 diminution marquée de la capacité à effectuer ces activités.</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"/> 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><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non</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>_____</p>		<p>La maladie, l'affection, l'incapacité 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 sa capacité à effectuer les activités qui donnent du sens à la vie</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>_____</p>
--	--	---

<p>C. Services Received <i>Receipt of these services does not affect the patient's eligibility for MAID.</i></p>	<p>C. Services et soins reçus <i>Les services et soins reçus n'affectent en aucun cas l'admissibilité du patient à l'AMM.</i></p>
---	--

<p>i. Palliative Care</p>	<p>i. Soins palliatifs</p>
----------------------------------	-----------------------------------

<p>Did the patient require palliative care?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do not know</p> <p>If yes, answer subsequent questions</p> <p>Where the patient <u>required</u> palliative care:</p> <p>Did the patient receive palliative care (not required to be a formal palliative care program)?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do not know</p> <p>If the patient did not receive palliative care, to the best of your knowledge or belief, was palliative care accessible to the patient?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do not know</p>	<p>Le patient a-t-il eu besoin de soins palliatifs?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.</p> <p>Si le patient a eu besoin de soins palliatifs :</p> <p>Le patient a-t-il reçu des soins palliatifs (pas nécessairement dans le cadre d'un programme formel de soins palliatifs)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si le patient n'a pas reçu de soins palliatifs, à votre connaissance, le patient y avait-il accès?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
--	--

Where the patient received palliative care:

For how long did the patient receive palliative care?

- Less than 2 weeks
 2 weeks to less than 1 month
 1 to 6 months
 More than 6 months
 Do not know

Where did the patient receive palliative care (select all that apply)?

- Home-based
 Hospital-based (in-patient)
 Hospice care
 Hospital-based outpatient or medical clinic/ambulatory service
 Long-term care facility
 Do not know

What were the types of palliative care received (check all that apply)?:

- Pain/symptom management
 Personal support services (e.g., PSW care)
 Volunteer supports
 Psychosocial care and/or counselling
 Spiritual care and/or counselling
 Palliative chemotherapy
 Palliative radiation therapy
 Physiotherapy
 Occupational therapy
 Do not know
 Other – Specify: _____

Si le patient a reçu de soins palliatifs :

Pendant combien de temps le patient a-t-il reçu des soins palliatifs?

- Moins de 2 semaines
 De 2 semaines à moins d'un mois
 De 1 à 6 mois
 Plus de 6 mois
 Je ne sais pas

Où le patient a-t-il reçu des soins palliatifs? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- À domicile
 À l'hôpital (patient hospitalisé)
 Soins de fin de vie
 En milieu hospitalier, en consultation externe ou dans une clinique médicale ou un service ambulatoire
 Établissement de soins de longue durée
 Je ne sais pas

Quels étaient les types de soins palliatifs reçus? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Gestion de la douleur ou des symptômes
 Services de soutien personnel (par exemple, soins d'un travailleur social)
 Soutien bénévole
 Soins ou conseils psychosociaux
 Soins ou conseils spirituels
 Chimiothérapie palliative
 Radiothérapie palliative
 Physiothérapie
 Ergothérapie
 Je ne sais pas
 Autre – Précisez : _____

ii. Disability Support Services

Did the patient require disability support services?

- Yes No Do not know

If yes, answer subsequent questions

Where the patient required disability support services:Did the patient **receive** disability support services?

- Yes No Do not know

If the patient **did not** receive disability support services, to the best of your knowledge or belief, were disability support services accessible to the person?

- Yes No Do not know

ii. Services de soutien aux personnes handicapées

Le patient avait-il besoin de services de soutien aux personnes handicapées?

- Oui Non Je ne sais pas

Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes.

Si le patient a eu besoin de services de soutien aux personnes handicapées :Le patient a-t-il **reçu** des services de soutien aux personnes handicapées?

- Oui Non Je ne sais pas

Si le patient n'a pas reçu de services de soutien aux personnes handicapées, à votre connaissance, le patient y avait-il accès?

- Oui Non Je ne sais pas

Where the patient received disability support services:

For how long did the patient receive disability support services?

- Less than 6 months
- 6 months to less than 1 year
- 1 to less than 2 years
- 2 years or more
- Do not know

What were the disability support services received (select all that apply)?:

- Aids to support physical mobility
(i.e. walker, wheelchair, cane, scooter)
- Aids to support audio/visual/communication
(i.e., hearing aid, large print materials, magnifiers, communication boards, eye gaze technology, write boards)
- Aid to support safety/access/transfers/ADLs
(i.e., handrails, bath seat, ramps, commode, bed rail, transfer board, lift, adapted utensils)
- Income supports
(i.e., WSIB, CPP-D, ODSP, STD, LTD, insurance settlements)
- Mental health / social support professional services
(i.e., Social work, psychotherapy, counselling, case worker)
- Physical support services
(i.e., PSW, supervision for personal care, OT/PT, nursing)
- Physiotherapy
- Other – Specify: _____
- Do not know

Si le patient a reçu des services de soutien aux personnes handicapées :

Pendant combien de temps le patient a-t-il reçu des services de soutien aux personnes handicapées?

- Moins de 6 mois
- De 6 mois à moins d'un an
- De 1 à moins de 2 ans
- 2 ans et plus
- Je ne sais pas

Quels étaient les services de soutien aux personnes handicapées reçus? Sélectionnez tous ceux qui s'appliquent.

- Aides à la mobilité physique (déambulateur, fauteuil roulant, canne, scooter électrique)
- Aides auditives, visuelles ou pour la communication (appareil auditif, documents en gros caractères, loupes, tableaux de communication, technologie de commande par le regard, tableaux d'écriture, etc.)
- Aide à la sécurité, à l'accès, aux transferts et aux AVQ (mains courantes, siège de bain, rampes, chaise d'aisance, côté de lit, planche de transfert, élévateur, ustensiles adaptés, etc.)
- Aide au revenu (CSPAAT, RPC-I, POSPH, ICD, ILD, règlements d'assurance, etc.)
- Services professionnels de santé mentale et de soutien social (travail social, psychothérapie, counseling, travailleur social, etc.)
- Services de soutien physique (PAB, supervision des soins personnels, ergothérapie, physiothérapie, soins infirmiers, etc.)
- Physiothérapie
- Autre – Précisez : _____
- Je ne sais pas

D. Procedural Requirements

I have:

- provided the patient with information on the feasible alternatives to MAID (ex. palliative care, pain management, etc.);
- provided the patient with information on the risks of taking the medication(s) for MAID;
- provided the patient with information on the probable outcome of taking medication for MAID;
- recommended to the patient that they seek legal advice with respect to estate planning and life insurance implications;
- offered to discuss the patient's MAID choice with the patient and the patient's family;
- assessed the patient to determine if their natural death is reasonably foreseeable, taking into account all of the patient's medical circumstances;
- ensured the patient is capable of providing informed consent to receive MAID, consulting with other health care professionals as required; and
- informed the patient of their ability to withdraw their request for MAID at any time and in any manner.

D. Exigences procédurales

J'ai :

- fourni au patient des renseignements sur les autres possibilités en dehors de l'aide médicale à mourir (soins palliatifs, gestion de la douleur, etc.);
- prévenu le patient des risques associés à la prise des médicaments dans le cadre de l'aide médicale à mourir;
- prévenu le patient de l'issue probable s'il prend de tels médicaments;
- recommandé au patient de demander un avis juridique concernant les répercussions de sa décision sur la planification successorale et l'assurance-vie;
- proposé de discuter avec le patient et sa famille de son choix concernant l'aide médicale à mourir;
- évalué le patient pour déterminer si sa mort naturelle est raisonnablement prévisible, compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale;
- 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; et
- informé le patient qu'il peut, à tout moment et de toute façon, annuler sa demande d'AMM.

<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 the the 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>E. Additional Safeguards – Natural Death not Reasonably Foreseeable</p> <p><i>N/A if natural death is reasonably foreseeable.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> E. Mesures de protection supplémentaires – mort naturelle qui n'est pas raisonnablement prévisible</p> <p><i>S. O. si la mort naturelle du patient était raisonnablement prévisible.</i></p> <p><input type="checkbox"/></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 incapacités, 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>

- I have discussed with the patient the reasonable and alternative means to relieve the patient's suffering; and
- I, and the Consulting Practitioner, agree with the patient that the patient has given serious consideration to those means.
- 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)?:
- Consultation with patient
- Consultation with family/friends
- Consultation with professional care/medical providers
- Accepted/attempted multiple treatments appropriate for the condition
- Previous knowledge of patient
- Receptive to discussion on available means to relieve suffering
- Review of medical records
- Other – Specify: _____

- J'ai discuté avec le patient des moyens raisonnables et alternatifs d'alléger sa souffrance; et
- À titre de praticien consultant, je suis d'accord avec le patient comme quoi celui-ci a sérieusement envisagé ces options.
- 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.
- Consultation avec le patient
- Consultation avec les membres de la famille ou les amis
- Consultation de professionnels de la santé
- Tentative de plusieurs traitements appropriés à l'état du patient
- Connaissance préalable du patient
- Réceptif à la discussion sur les moyens disponibles pour soulager la souffrance
- Examen des dossiers médicaux
- Autre – Précisez : _____

ii. Assessment Expertise

The Practitioner with the requisite expertise in the condition causing the patient's suffering* is/will be:

- myself (the Assessing Practitioner)
- the Consulting Practitioner
- another Practitioner, who has/will share the results of their consultation with:
- myself (the Assessing Practitioner)
- the Consulting Practitioner

The Practitioner's expertise as it relates to the condition causing the patient's suffering is (select all that apply):

- Cardiology
- General internal medicine
- Geriatric medicine
- Nephrology
- Neurology
- Oncology
- Psychiatry
- Pain management
- Respiratory medicine
- Other – Specify: _____

** Having expertise does not require that the Practitioner be licensed as a specialist for that condition.*

ii. Expertise en évaluation

Le praticien qui possède l'expertise voulue pour le problème de santé causant la souffrance du patient* est/sera :

- moi-même (le praticien évaluateur);
- le praticien consultant;
- un autre praticien qui détient ou partagera les résultats de sa consultation avec :
- moi-même (le praticien évaluateur);
- le praticien consultant.

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) :

- Cardiologie
- Médecine interne générale
- Médecine gériatrique
- Néphrologie
- Neurologie
- Oncologie
- Psychiatrie
- Gestion de la douleur
- Médecine respiratoire
- Autre – Précisez : _____

** 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.*

<p>iii. Assessment Period</p> <p><input type="checkbox"/> I have informed the patient that a 90 day mandatory Assessment Period must pass before MAID can be provided.</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 Consulting Practitioner, that the patient is at imminent risk of losing such capacity;</p> <p><input type="checkbox"/> I have informed the patient of this risk and of the various options available, including the ability to shorten the Assessment Period; and</p> <p><input type="checkbox"/> I have determined that a shorter Assessment Period of _____ days 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 d'évaluation</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai informé le patient qu'une période d'évaluation obligatoire de 90 jours devait s'écouler avant que l'AMM ne lui soit fournie.</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 consultant, que le patient court un risque imminent de perdre cette capacité.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai informé le patient de ce risque et des diverses autres options disponibles, y compris celle de raccourcir la période d'évaluation.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai déterminé que la 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 Assessing Practitioner (Date – DD/MM/YY) (Time)</p>	<p>X</p> <p>_____ Signature du praticien évaluateur (Date – JJ/MM/AA) (Heure)</p>
<p>F. Finding of Eligibility or Ineligibility</p> <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>If eligible:</p> <p>I have determined that the patient's natural death is:</p> <p><input type="checkbox"/> Reasonably foreseeable</p> <p><input type="checkbox"/> Not reasonably foreseeable</p> <p>If ineligible:</p> <p>Had you or another Practitioner previously determined that the patient was eligible for MAID?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do not know</p> <p>If yes, please indicate why you have determined that the patient is no longer eligible:</p> <p><input type="checkbox"/> the patient lost the capacity to make decisions with respect to their health;</p> <p><input type="checkbox"/> you became aware that the patient's request was not voluntary;</p> <p><input type="checkbox"/> other eligibility criterion, procedural requirement, or safeguard was not met (please specify which one(s) and the reason you made this determination):</p>	<p>F. Conclusions concernant l'admissibilité ou l'inadmissibilité</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>Si admissible :</p> <p>J'ai déterminé que la mort naturelle du patient :</p> <p><input type="checkbox"/> est raisonnablement prévisible;</p> <p><input type="checkbox"/> n'est pas raisonnablement prévisible.</p> <p>En cas d'inadmissibilité :</p> <p>Aviez-vous (ou un autre praticien) déterminé auparavant que le patient était admissible à l'AMM?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si vous avez répondu « oui », veuillez indiquer la raison pour laquelle vous avez déterminé que le patient n'est plus admissible parmi celles-ci :</p> <p><input type="checkbox"/> le patient a perdu sa capacité à prendre des décisions au sujet de sa santé;</p> <p><input type="checkbox"/> vous avez appris que la demande du patient n'avait pas été faite sur une base volontaire;</p> <p><input type="checkbox"/> un autre critère d'admissibilité, une exigence procédurale ou une garantie n'a pas été respecté (veuillez préciser lequel ou lesquels et la raison pour laquelle vous avez pris cette décision) :</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 Consulting Practitioner or practitioner providing assessment expertise for patients whose natural death is not reasonably foreseeable)?

Yes No

If yes, indicate what type of professional you consulted (select all that apply):

- Nurse
- Oncologist
- Palliative care specialist
- Primary care provider
- Psychiatrist
- Social worker
- Other – Specify: _____

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 consultant ou le praticien fournissant une expertise d'évaluation pour les patients dont la mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible)?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de professionnel consulté (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Infirmier
- Oncologue
- Spécialiste des soins palliatifs
- Fournisseur de soins primaire
- Psychiatre
- Travailleur social
- Autre – Précisez : _____

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.



FORM 4 – Medical Assistance in Dying WITHDRAWAL OF REQUEST

This form must be completed by a Practitioner who received a patient's request for Medical Assistance in Dying, whether verbal or written, within 72 hours of becoming aware of the withdrawal of the patient's request for Medical Assistance in Dying (MAID.)

FORMULAIRE 4 – Aide médicale à mourir RÉTRACTATION DE LA DEMANDE

Le présent formulaire doit être rempli par tout praticien ayant reçu une demande écrite d'aide médicale à mourir de la part du patient, verbale ou écrite, dans les 72 heures après avoir appris que le patient a retiré sa demande d'aide médicale à mourir (AMM).

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED	MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN
<ul style="list-style-type: none">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 Practitioner becoming aware of the withdrawal of the patient's request for MAID. <p><i>* Completed forms being sent by email are to be sent via Secure File Transfer (see: https://sft.gov.nt.ca/)</i></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">Ce formulaire 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 par le praticien après avoir appris que le patient a retiré sa demande d'aide médicale à mourir (AMM). <p><i>* Les formulaires remplis envoyés par courrier électronique doivent être acheminés par transfert de fichiers sécurisé (voir : https://sft.gov.nt.ca/).</i></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

A. 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>

B. Optional Information – if Known

Gender Identity: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____ <input type="checkbox"/> Do not know	Identité de genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
Indigenous Identity (choose all that apply): <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	Identité autochtone (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) : <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.

FORM 4 – Medical Assistance in Dying – WITHDRAWAL OF REQUEST / FORMULAIRE 4 – Aide médicale à mourir – RÉTRACTATION DE LA DEMANDE

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 the patient's 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 had the patient had the disability?

_____ Years

_____ Months

Do not know

Incapacités :
Le patient considère-t-il qu'il a une incapacité?

Oui

Non

Je ne sais pas

Si oui :

A. Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux le type d'incapacité? 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 incapacité limitait-elle ses activités quotidiennes?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Toujours

Je ne sais pas

C. Depuis combien de temps le patient souffrait-il de cette incapacité?

_____ années

_____ 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) : <input type="checkbox"/> Physician Médecin	If you are a physician, what is your area of specialty? Si vous êtes médecin, quel est votre domaine de spécialité? <input type="checkbox"/> Family medicine Médecine familiale
<input type="checkbox"/> Nurse practitioner Infirmier praticien	<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> Yes Oui	
<input type="checkbox"/> No Non	
X	
Signature of Consulting Practitioner / Signature du praticien consultant	
(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)	
(Time / Heure)	

3. RECEIPT OF THE REQUEST

3. RÉCEPTION DE LA DEMANDE

Date of receipt of request: (DD/MM/YY)	Date de réception de la demande écrite : (JJ/MM/AA)
Request was made: <input type="checkbox"/> Verbally <input type="checkbox"/> In writing: Form 1 – Formal Written Request <input type="checkbox"/> In writing, other – Specify: _____	La demande a été faite : <input type="checkbox"/> Verbalement <input type="checkbox"/> Par écrit : Formulaire 1 – Demande écrite officielle <input type="checkbox"/> Par écrit, autre – Précisez : _____
From whom did you receive the request for MAID? <input type="checkbox"/> Patient directly <input type="checkbox"/> Another practitioner <input type="checkbox"/> Care coordination service <input type="checkbox"/> Another third party – Specify: _____	De qui avez-vous reçu la demande d'AMM? <input type="checkbox"/> Directement du patient <input type="checkbox"/> Autre praticien <input type="checkbox"/> Service de coordination des soins <input type="checkbox"/> Autre tiers – Précisez : _____
If known, did the patient previously make a written request for MAID? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Do not know If yes, what was the outcome of that request? <input type="checkbox"/> Assessed and found ineligible <input type="checkbox"/> Assessed and found eligible, but patient withdrew request <input type="checkbox"/> Assessed and found eligible, but considerable time elapsed since the assessment <input type="checkbox"/> Request was not actioned <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____	À votre connaissance, le patient a-t-il déjà fait une demande d'AMM par écrit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas Si oui, quelle a été l'issue de la demande? <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée inadmissible. <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée admissible, mais le patient a retiré sa demande. <input type="checkbox"/> Évaluée et jugée admissible, mais un temps considérable s'est écoulé depuis l'évaluation. <input type="checkbox"/> La demande n'a pas été traitée. <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____

4. WITHDRAWAL	4. RÉTRACTATION
<p>The patient withdrew their request for MAID:</p> <p><input type="checkbox"/> when given the opportunity to withdraw immediately before providing MAID; or</p> <p><input type="checkbox"/> at another time.</p>	<p>Le patient a retiré sa demande d'AMM :</p> <p><input type="checkbox"/> lorsqu'il en a eu la possibilité, immédiatement avant de recevoir l'AMM;</p> <p><input type="checkbox"/> à un autre moment.</p>
<p>If known, what were the patient's reasons for withdrawing their request for MAID (select all that apply)?:</p> <p><input type="checkbox"/> Means to relieve their suffering were accepted by the person</p> <p><input type="checkbox"/> Individuals who the person considers important in their lives (e.g., religious leaders, family caregivers, or professionals) do not support MAID</p> <p><input type="checkbox"/> Upon learning additional information about MAID, the patient decided it was not the path they wish to pursue</p> <p><input type="checkbox"/> Meeting the needs of a transfer and/or consultation were too cumbersome for the patient</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify:</p>	<p>Pour quelles raisons (si vous les connaissez) le patient a-t-il retiré sa demande d'AMM? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient a accepté les moyens proposés pour soulager sa souffrance.</p> <p><input type="checkbox"/> Des individus importants dans la vie du patient (par exemple, chefs religieux, aidants familiaux ou professionnels) ne soutiennent pas l'AMM.</p> <p><input type="checkbox"/> Après avoir obtenu des informations supplémentaires sur l'AMM, le patient a décidé qu'il ne souhaitait pas poursuivre cette voie.</p> <p><input type="checkbox"/> Les exigences liées à un transfert ou à une consultation étaient trop lourdes pour le patient.</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez :</p>
<p>If means to relieve their suffering were accepted and led the person to withdraw their request, which of these means were pursued (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 services</p> <p><input type="checkbox"/> Community services – income</p> <p><input type="checkbox"/> Community services – housing</p> <p><input type="checkbox"/> Community services – other</p> <p><input type="checkbox"/> Health care services including palliative care</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify:</p>	<p>Si le patient a accepté des moyens de soulager sa souffrance et qu'ils l'ont conduit à retirer sa demande, lesquels de ces moyens ont été poursuivis? 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"/> Services de 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</p> <p><input type="checkbox"/> Services de soins de santé, y compris soins palliatifs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez :</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.