



**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.

<b>PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED</b>	<b>MESURES À PRENDRE PAR LE PRATICIEN</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>The following completed forms must be placed on the patient's medical record and copies securely emailed* or faxed to the Review Committee <b>within 72 hours of providing medical assistance in dying</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>Form 5 – <i>Waiver of Final Consent</i> OR Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying</i></li><li>Form 8 – <i>Record of Provision</i></li></ul></li></ul> <p>* 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>)</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>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 <b>dans les 72 heures après l'administration de l'aide médicale à mourir</b> :<ul style="list-style-type: none"><li>Formulaire 5 – <i>Renonciation au consentement final</i> OU formulaire 7 – <i>Consentement exprès du patient pour recevoir l'aide médicale à mourir</i></li><li>Formulaire 8 – <i>Rapport sur l'administration de l'AMM</i></li></ul></li></ul> <p>* 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>).</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**

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"> <li>• I am at least 18 years of age;</li> <li>• I understand the nature of the request for medical assistance in dying;</li> <li>• I am signing and dating the request on the patient's behalf, under their express direction and in their presence; and</li> <li>• 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.</li> </ul> <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"> <li>• je suis âgé(e) d'au moins dix-huit ans;</li> <li>• je comprends la nature de la demande d'aide médicale à mourir;</li> <li>• je signe et date la demande en la présence du patient et en son nom;</li> <li>• 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.</li> </ul> <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.



## FORM 8 – Medical Assistance in Dying RECORD OF PROVISION

This form is completed by the Providing Practitioner after providing Medical Assistance in Dying.

All information is mandatory unless indicated otherwise.

## FORMULAIRE 8 – Aide médicale à mourir RAPPORT SUR L'ADMINISTRATION DE L'AMM

Ce formulaire doit être rempli par le praticien fournisseur après qu'il a fourni l'aide médicale à mourir.

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 providing medical assistance in dying**:
    - Form 5 – Waiver of Final Consent **OR** Form 7 – Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying
    - Form 8 – Record of Provision
- \* 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 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 après l'administration de l'aide médicale à mourir** :
    - Formulaire 5 – Renonciation au consentement final **OU** Formulaire 7 – Consentement exprès du patient à recevoir l'aide médicale à mourir
    - Formulaire 8 – Rapport sur l'administration de l'AMM
- \* 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. PROVIDING PRACTITIONER PRACTITIONER INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PRATICIEN FOURNISSEUR

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 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Family medicine / Médecine familiale <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____
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 <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non
<div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">X</div> <hr/> Signature of Providing Practitioner / Signature du praticien fournisseur <span style="float: right; margin-left: 200px;">(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)</span> <span style="float: right; margin-left: 100px;">(Time / Heure)</span>	

3. PROCEDURAL REQUIREMENTS	3. EXIGENCES PROCÉDURALES
<p><i>The following section relates to the safeguards as per the Criminal Code. Please place a check mark (✓) in the centre column where appropriate, and provide relevant details where indicated.</i></p> <p><b>ALL procedural requirements and safeguards must be met before MAID can be provided, unless indicated otherwise.</b></p>	<p><i>La section qui suit concerne les mesures de sauvegarde en vertu du Code criminel. Veuillez cocher (✓) la colonne au centre s'il y a lieu, et fournir les renseignements pertinents aux endroits indiqués.</i></p> <p><b>TOUTES les exigences de procédure doivent être respectées et les mesures de protection assurées avant que l'AMM ne puisse être fournie, sauf indication contraire.</b></p>
Safeguards and Relevant Details (where indicated)	Mesures de sauvegarde et renseignements
<p>I was of the opinion that the patient <b>met all of the eligibility criteria</b> (as indicated in Form 2 – <i>Assessment of Patient by Assessing Practitioner</i> and Form 3 – <i>Assessment of Patient by Consulting Practitioner</i>).</p> <p><i>Relevant subsections of the Criminal Code: 241.2(1), 241.2(3)(a), 241.2(3)(e), 241.2(3.1)(a), and 241.2(3.1)(e).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> J'étais d'avis que le patient <b>répondait à tous les critères d'admissibilité</b> (tels qu'indiqués dans le formulaire 2 – <i>Évaluation du patient par le praticien évaluateur</i> et le formulaire 3 – <i>Évaluation du patient par le praticien consultant</i>).</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(1), 241.2(3)a), 241.2(3)(e), 241.2(3.1)(a) et 241.2(3.1)(e).</i></p>
<p>I ensured that the patient's request for MAID (Form 1 – <i>Formal Written Request</i>) was made in <b>writing and signed and dated</b> by the patient, or by another person permitted to do so on their behalf.</p> <p>The request was signed on _____            (DD/MM/YY)</p> <p><i>Relevant subsections of the Criminal Code: 241.2(3)(b)(i), 241.2(3.1)(b)(i), and 241.2(4).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Je me suis assuré que la demande d'AMM du patient (formulaire 1 – <i>Demande écrite officielle</i>) avait été faite <b>par écrit et signée et datée</b> par le patient ou par la personne autorisée à le faire en son nom.</p> <p>Demande signée le _____            (JJ/MM/AA)</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)b)(i), 241.2(3.1)b)(i) et 241.2(4).</i></p>
<p>I ensured that the request (Form 1 – <i>Formal Written Request</i>) was <b>signed and dated after the patient was informed</b> by a physician or nurse practitioner that the patient had a <b>grievous and irremediable medical condition</b>.</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3)(b)(ii) and 241.2(3.1)(b)(ii).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Je me suis assuré que la demande (formulaire 1 – <i>Demande écrite officielle</i>) a été <b>signée et datée après que le patient a été avisé</b> par un médecin ou un infirmier praticien qu'il était <b>affecté d'une maladie grave et incurable</b>.</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)(b)(ii) et 241.2(3.1)(b)(ii).</i></p>
<p>I was satisfied that the request (Form 1 – <i>Formal Written Request</i>) was signed and dated by the patient, or by another person permitted to do so on their behalf, and <b>before an independent witness</b> who then signed and dated the request.</p> <p><i>Relevant subsections of the Criminal Code: 241.2(3)(c), 241.2(3.1)(c), 241.2(4), and 241.2(5).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Je suis convaincu que la demande (formulaire 1 – <i>Demande écrite officielle</i>) a été datée et signée par le patient ou par une autre personne autorisée – <b>devant un témoin indépendant</b>, qui a ensuite signé et daté la demande.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3)(c), 241.2(3.1)(c), 241.2(4), and 241.2(5).</i></p>
<p>I ensured that the patient was <b>informed that they may</b>, at any time and in any manner, <b>withdraw their request</b> at <b>both</b> the time of the assessment by the Assessing Practitioner and the assessment by the Consulting Practitioner (as indicated on Form 2 – <i>Assessment of Patient by Assessing Practitioner</i> and Form 3 – <i>Assessment of Patient by Consulting Practitioner</i>).</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3)(d) and 241.2(3.1)(d).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> J'ai veillé à ce que le patient ait été informé qu'il peut retirer sa demande d'aide médicale à mourir à tout moment et de n'importe quelle façon durant l'évaluation du praticien évaluateur et durant l'évaluation du praticien consultant (comme indiqué dans le formulaire 2 – <i>Évaluation du patient par le praticien évaluateur</i>, et le formulaire 3 – <i>Évaluation du patient par le praticien consultant</i>).</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)d) et 241.2(3.1)d).</i></p>
<p>I was satisfied that the other <b>practitioner(s) and I are independent</b>.</p> <p><i>Relevant subsections of the Criminal Code: 241.2(3)(f), 241.2(3.1)(f), and 241.2(6).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Je suis convaincu <b>que l'autre ou les autres praticiens et moi-même sommes indépendants</b>.</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)(f), 241.2(3.1)(f) et 241.2(6).</i></p>

<p>Immediately before providing MAID, I gave the patient the <b>opportunity to withdraw</b> their request and ensured that the patient gave <b>Express Consent</b> to receive MAID (by the patient completing Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive Medical Assistance in Dying</i>)</p> <p>OR</p> <p>I ensured that the patient had provided valid <b>Advance Consent</b> (by the patient having previously completed Form 5 – <i>Waiver of Final Consent</i>) and that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The patient had lost capacity to provide express consent prior to providing MAID;</li> <li>• MAID was provided in accordance with any arrangement set out in the form; and</li> <li>• The patient did not demonstrate by words, sounds, or gestures, refusal to have the substance administered or resistance to its administration.</li> </ul> <p><i>Relevant subsections of the Criminal Code: 241.2(3)(h), 241.2(3.1)(k), and 241.2(3.2)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Immédiatement avant de fournir l'AMM, J'ai donné au patient la <b>possibilité de retirer sa demande</b>, et je me suis assuré qu'il <b>consentait expressément</b> à recevoir l'AMM (en lui faisant remplir le formulaire 7 – <i>Consentement exprès du patient à recevoir l'aide médicale à mourir</i>).</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> Je me suis assuré que le patient avait donné un consentement anticipé valide (en lui faisant remplir le Formulaire 5 – <i>Renonciation au consentement final</i>) et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qu'il avait perdu la capacité de donner son consentement exprès avant de lui administrer l'AAM;</li> <li>• que l'AAM a été administrée conformément aux dispositions établies dans le formulaire;</li> <li>• que le patient n'a pas manifesté, par des mots, des sons ou des gestes, son refus de se faire administrer la substance et n'y a pas résisté.</li> </ul> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)(h), 241.2(3.1)(k) et 241.2(3.2)</i></p>
<p>Where the patient had <b>difficulty communicating</b>, I was satisfied that I and the other Practitioners took all necessary measures to provide a reliable means by which the patient could have understood the information that was provided to them and communicate their decision.</p> <p>If the patient had difficulty communicating, what means/services were used to communicate with the patient and to ensure they were able to understand the information provided to them and communicate their decision?:</p> <p><input type="checkbox"/> Independent translation/interpretive services</p> <p><input type="checkbox"/> Augmented and alternative communication devices/strategies (e.g., physical gestures, writing boards, eye gaze equipment, communication boards)</p> <p><input type="checkbox"/> Additional time</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p>N/A if the patient did not have difficulty communicating.</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3)(g) and 241.2(3.1)(j).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Si le patient avait des <b>difficultés à communiquer</b>, moi et les autres praticiens avons pris toutes les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen fiable lui permettant de comprendre les renseignements qu'on lui a donnés et de communiquer sa décision.</p> <p>Si le patient éprouvait des difficultés à communiquer, quels moyens ont été employés pour communiquer avec le patient et pour s'assurer qu'il était en mesure de comprendre les renseignements fournis et de communiquer sa décision?</p> <p><input type="checkbox"/> Services d'interprétation impartiaux</p> <p><input type="checkbox"/> Appareils ou stratégies de suppléance à la communication (p. ex., gestes physiques, tableaux d'écriture, technologie de commande par le regard, tableaux de communication)</p> <p><input type="checkbox"/> Heure supplémentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> S.O. si la personne n'avait pas de difficulté à communiquer.</p> <p><i>Paragraphes pertinents du Code criminel : 241.2(3)(g) et 241.2(3.1)(j).</i></p>
<p><b>I informed the pharmacist</b>, before the pharmacist dispensed the substance that I prescribed or obtained, that the substance was intended for the purpose of providing MAID.</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(8).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> J'ai <b>informé le pharmacien</b>, avant qu'il ne délivre la substance que j'ai prescrite ou obtenue, qu'elle était destinée à la prestation de l'AMM.</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(8).</i></p>

<p><b>Additional Safeguards Where Natural Death is NOT Reasonably Foreseeable.</b></p> <p><i>N/A If the patient's natural death was reasonably foreseeable.</i></p>	<p>✓</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Mesures de sauvegarde supplémentaires si la mort naturelle n'était PAS raisonnablement prévisible.</b></p> <p><i>S. O. si la mort naturelle du patient était raisonnablement prévisible.</i></p>
<p>I ensured that at least one of the Assessing Practitioner or Consulting Practitioner has expertise in the condition that is causing the patient suffering, or a practitioner who has that expertise was consulted and shared the results of that consultation with the Assessing Practitioner or Consulting Practitioner.</p> <p>The Practitioner's expertise as it relates to the condition causing the patient's suffering was (select all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiology</p> <p><input type="checkbox"/> General internal medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Geriatric medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Nephrology</p> <p><input type="checkbox"/> Neurology</p> <p><input type="checkbox"/> Oncology</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatry</p> <p><input type="checkbox"/> Pain management</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory medicine</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3.1)(e.1).</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Je me suis assuré que le praticien évaluateur ou le praticien consultant avait l'expertise nécessaire pour le problème de santé causant de la souffrance au patient, ou qu'un praticien ayant cette expertise a été consulté, et j'ai partagé les résultats de cette consultation avec le praticien évaluateur ou le praticien consultant.</p> <p>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) :</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiologie</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine interne générale</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Néphrologie</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologie</p> <p><input type="checkbox"/> Oncologie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Gestion de la douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Médecine respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3.1)e.1).</i></p>
<p>I (as the Providing Practitioner), the Assessing Practitioner, and the Consulting Practitioner, where different:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>informed the patient of the means available to relieve their suffering, including, where appropriate, counselling services, mental health and disability support services, community services, and palliative care; and</li> <li>ensured the patient was offered consultations with relevant professionals who provide those services or that care.</li> </ul> <p>Which means to relieve their suffering were discussed and offered to the patient (select all that apply based on the Providing Practitioner's discussions with the patient as well as those recorded in Form 2 – Assessment of Patient by Assessing Practitioner and Form 3 – Assessment of Patient by Consulting Practitioner)?:</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><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3.1)(g)</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Moi (praticien fournisseur), le praticien évaluateur et le praticien consultant (lorsque ce sont différentes personnes) avons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>informé le patient des moyens 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;</li> <li>confirmé que l'on a offert au patient des consultations avec des professionnels compétents qui fournissent de tels services ou soins.</li> </ul> <p>Selon la discussion avec le praticien fournisseur et les notes consignées dans le formulaire 2 – Évaluation du patient par le praticien évaluateur et le formulaire 3 – Évaluation du patient par le praticien consultant, quels types de soulagement des souffrances ont été expliqués ou offerts au patient (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacologique</p> <p><input type="checkbox"/> Non pharmacologique (p. ex., neurostimulation, électrochocs)</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 – revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Services communautaires – habitation</p> <p><input type="checkbox"/> Services communautaires (autre, précisez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Services de santé (y compris les soins palliatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3.1)g)</i></p>



<p>I (as the Providing Practitioner), the Assessing Practitioner, and the Consulting Practitioner, where different, ensured that I and the other Practitioners discussed with the patient the reasonable and available means to relieve the patient's suffering and agreed with the patient that the patient has given serious consideration to those means.</p> <p>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)?:</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with patient</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with family/friends</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation with professional care/medical providers</p> <p><input type="checkbox"/> Accepted/attempted multiple treatments appropriate for the condition</p> <p><input type="checkbox"/> Previous knowledge of patient</p> <p><input type="checkbox"/> Receptive to discussion on available means to relieve suffering</p> <p><input type="checkbox"/> Review of medical records</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3.1)(h)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Moi (à titre de praticien fournisseur), le praticien évaluateur et le praticien consultant (si différents) avons confirmé que les autres praticiens et moi avons discuté avec le patient des moyens raisonnables et disponibles d'alléger sa souffrance, et reconnu avec le patient qu'il a sérieusement pris ces moyens en considération.</p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec le patient</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation avec les membres de la famille ou les amis</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation de professionnels de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> Tentative de plusieurs traitements appropriés à l'état du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance préalable du patient</p> <p><input type="checkbox"/> Réceptif à la discussion sur les moyens disponibles pour soulager la souffrance</p> <p><input type="checkbox"/> Examen des dossiers médicaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3.1)h)</i></p>
<p>I ensured that:</p> <p>There were at least 90 clear days between the day on which the assessment of the patient by the Assessing Practitioner began and the day on which MAID was provided;</p> <p>OR</p> <p>Where a shorter Assessment Period was considered appropriate in the circumstances, that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The eligibility assessments were completed;</li> <li>• I agreed with the Assessing Practitioner and Consulting Practitioner that the loss of the patient's capacity to provide consent to receive MAID was imminent; and</li> <li>• The shorter Assessment Period had elapsed before providing MAID (as indicated in Form 2 – <i>Assessment of Patient by Assessing Practitioner</i> and Form 3 – <i>Assessment of Patient by Consulting Practitioner</i>).</li> </ul> <p><i>Clear days include weekends. In calculating the 90 clear days, the day on which the assessment of the patient by the Assessing Practitioner began and the day on which MAID was provided will not be included. The legislation permits shortening the reflection period if the loss of the patient's capacity to provide consent to receive MAID is imminent.</i></p> <p><i>Relevant subsection of the Criminal Code: 241.2(3.1)(i)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> J'ai veillé :</p> <p>À ce que 90 jours francs se soient écoulés entre le début de l'évaluation du patient par le praticien évaluateur et l'administration de l'AMM;</p> <p>OU</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai déterminé que la période d'évaluation plus courte convenait en raison des circonstances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les évaluations de l'admissibilité étaient terminées;</li> <li>• J'ai convenu avec le praticien évaluateur et le praticien consultant que le patient courait le risque imminent de perdre sa capacité à fournir son consentement à recevoir l'AAM;</li> <li>• La période d'évaluation plus courte s'est écoulée avant de pouvoir fournir l'AAM (comme indiqué dans le formulaire 2 – <i>Évaluation du patient par le praticien évaluateur</i> et le formulaire 3 – <i>Évaluation du patient par le praticien consultant</i>).</li> </ul> <p><i>Les jours francs incluent les fins de semaine. Aux fins de calcul des 90 jours francs, ne sont pas comptés le jour où l'évaluation du patient par le praticien évaluateur a commencé et le jour où l'AMM a été fournie. La loi permet de raccourcir la période de réflexion si le patient court le risque imminent de perdre sa capacité à fournir son consentement à recevoir l'AAM.</i></p> <p><i>Paragraphe pertinent du Code criminel : 241.2(3.1)(i)</i></p>



4. PROVISION OF MEDICAL ASSISTANCE IN DYING	4. ADMINISTRATION DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR
Date and time of provision: _____ (DD/MM/YY) (Time)	Date de l'administration de l'AMM : _____ (JJ/MM/AA) (Heure)
Date and time of death: _____ (DD/MM/YY) (Time)	Date et heure du décès : _____ (JJ/MM/AA) (Heure)
<p>Medical assistance in dying was provided in:</p> <input type="checkbox"/> Hospital (excludes palliative care beds or unit) <input type="checkbox"/> Palliative care facility (includes hospital-based palliative care beds, unit, or hospice) <input type="checkbox"/> Residential care facility (includes long-term care facilities) <input type="checkbox"/> Private residence (includes retirement home) <input type="checkbox"/> Correctional facility/prison <input type="checkbox"/> Shelter/group home <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____ <input type="checkbox"/> Do not know	<p>L'aide médicale à mourir a été fournie dans le lieu suivant :</p> <input type="checkbox"/> Hôpital (à l'exception d'une unité de soins palliatifs) <input type="checkbox"/> Établissement de soins palliatifs (y compris les lits ou unités de soins palliatifs en milieu hospitalier ou la maison de fin de vie) <input type="checkbox"/> Établissement de soins pour bénéficiaires internes (y compris les centres de soins de longue durée) <input type="checkbox"/> Résidence privée (y compris les maisons de retraite) <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel ou prison <input type="checkbox"/> Refuge ou foyer collectif <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<p>Was the patient transferred from one place to another for the purposes of receiving MAID?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p><b>If yes</b>, what were the reasons for the transfer (select all that apply)?:</p> <input type="checkbox"/> Transfer due to public health recommendations <input type="checkbox"/> Transfer due to policies of the organization where the patient was located <input type="checkbox"/> Availability/capacity/comfort of practitioners within the organization where the patient was located <input type="checkbox"/> Privileges were not available in a timely manner (or at all) to the practitioners within the facility/organization in which the patient was located <input type="checkbox"/> Patient requested to transfer to an alternate location <input type="checkbox"/> Other – Specify: _____	<p>Le patient a-t-il été transféré d'un établissement à un autre pour recevoir l'AAM?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p><b>Si oui</b>, quels étaient les motifs de ce transfert? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :</p> <input type="checkbox"/> En raison d'une recommandation de santé publique <input type="checkbox"/> En raison des politiques de l'établissement où se trouvait le patient <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité ou capacités insuffisantes des praticiens dans l'établissement où se trouvait le patient, ou inconfort ressenti par ces derniers <input type="checkbox"/> Les privilèges n'ont pas été accordés assez rapidement (ou du tout) aux praticiens de l'établissement où se trouvait le patient <input type="checkbox"/> Le patient a demandé d'être transféré à un autre établissement <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____
<p>The medications were administered by the:</p> <input type="checkbox"/> Patient * <input type="checkbox"/> Practitioner <input type="checkbox"/> Both <p>* <b>Note:</b> the Providing Practitioner <b>must</b> be present when the patient self-administers the medications.</p> <p>Where both the patient and the Practitioner administered medication(s):</p> <input type="checkbox"/> I entered into an arrangement with the patient providing that I would be present during the self-administration and would administer the second substance to cause the patient's death if, after self-administering the first substance, the patient lost the capacity to further consent and did not die within a specified period (as indicated in Form 7 – <i>Express Consent by Patient to Receive MAID</i> ); <input type="checkbox"/> The patient self-administered the first substance and did not die within the period specified in the arrangement and lost the capacity to further consent; and <input type="checkbox"/> I administered the second substance to the patient in accordance with the terms of the arrangement.	<p>Les médicaments ont été administrés par :</p> <input type="checkbox"/> le patient * <input type="checkbox"/> le praticien <input type="checkbox"/> Les deux <p>* <b>Remarque :</b> le praticien fournisseur DOIT être présent si le patient s'autoadministre les médicaments.</p> <p>Dans le cas où ce sont le patient et le praticien qui administrent le ou les médicament(s) :</p> <input type="checkbox"/> J'ai conclu un accord avec le patient prévoyant que je sois présent durant l'auto-administration et que j'administre la deuxième substance causant la mort du patient si, après avoir administré la première substance, le patient perd la capacité à consentir et ne décède pas dans le délai prescrit (formulaire 7 – <i>Consentement exprès du patient devant recevoir l'AMM</i> ); <input type="checkbox"/> Le patient s'est administré la première substance et n'est pas décédé dans les délais prescrits dans l'entente et a perdu la capacité à consentir; <input type="checkbox"/> J'ai administré la seconde substance au patient conformément aux conditions de l'entente.

Notes / Observations

X

Signature of Providing Practitioner / Signature du praticien fournisseur

(Date – DD/MM/YY – JJ/MM/AA)

(Time / Heure)

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.

## Section II – Prescriptions for Medical Assistance in Dying

### Prescriptions

Demographic Information		
Patient Name:	Providing Practitioner Name:	
Date of birth:	License Number:	
HCN:	Telephone Number:	
Address:	Address	
Allergies:		
Verification of Request		
<p>The Providing Practitioner shall affirm and initial all of the criteria. Prior to processing the prescription, the pharmacist shall verify with the Providing Practitioner that all assessments have been completed and that the patient has been deemed to satisfy all of the criteria. Verification occurs when the pharmacist asks the Providing Practitioner whether each of the criterion listed below have been met and an affirmative response is received for each criterion. The pharmacist shall document verification by initialing beside each criterion. Review of documentation is not required by the pharmacist.</p>		
<b>I have:</b>	<b>Practitioner Initials</b>	<b>Pharm Initials</b>
• affirmed that the patient has been assessed to have decisional capacity;		
• affirmed that the patient has been determined to suffer from a grievous and irremediable medical condition; and		
• affirmed that the patient has provided consent for Medical Assistance in Dying		
Collaboration		
<b>The Providing Practitioner and the pharmacist must discuss:</b>	<b>Practitioner Initials</b>	<b>Pharm Initials</b>
• the protocol selected, including review of all medications and order of administration		
• additional or alternative medications required		
• the scheduled time for the provision of Medical Assistance in Dying		
• the time required to procure, prepare and transport the medications		
• how to complete the medication administration record		
• procedure for returning unused medications to the pharmacy		

It is REQUIRED that the Providing Practitioner be in attendance during self-administration of the oral protocol in the event of medical complications or failure of the medication.

In the event of intolerance to the medications, an extended dying period, or failure to die after self-administration of the oral protocol, the decision may be made to proceed with the IV protocol. Active consent to proceed to the IV protocol will have to be obtained at the time of consent being obtained for Medical Assistance in Dying and will be part of the consent for the procedure. Arrangements must be made with pharmacy in advance to ensure the IV protocol is available to the providing practitioner in the case that conversion is required.

Refer to the Protocol Based Drug Information below for detailed instructions on medication prescribing and preparation.

Pharmacist Initials: \_\_\_\_\_ Pharmacist signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner Initials: \_\_\_\_\_ Practitioner signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Medical Assistance in Dying – Prescriptions for IV Protocol

Patient Name:	Providing Practitioner Name:
Date of Birth:	License Number:
HCN:	Telephone Number:
Address:	Address:
Allergies:	

**Select orders by placing a (✓) in the associated box. Note to Practitioner: if desired, an additional dose may be prescribed in case of breakage.**

Pharmacy should supply medications in a ready-to-administer format. If not possible, provide vials/ampoules for the Practitioner to prepare prior to the procedure.	
<input type="checkbox"/> IV Start Kit <input type="checkbox"/> Provide duplicate doses of the selected medications in section 1, 2, 3, 5 and 7. Provide them in commercially available vials/ampoules in a separate medication box, to be used in the event of breakage of primary kit.	
<b>1. Anxiolytic</b>	
<input type="checkbox"/> midazolam 10 mg IV over 2 minutes, a repeat dose may be necessary (Dispense: 20 mg).  	
<b>2. Local Anesthetic</b>	
<input type="checkbox"/> lidocaine 40 mg IV over 30 seconds, a repeat dose may be necessary (Dispense: 80 mg)  <i>OR if allergic to lidocaine</i> <input type="checkbox"/> magnesium sulfate 1000 mg (diluted to 10mL with normal saline) IV over 5 minutes, a repeat dose may be necessary (Dispense: 2000 mg)	
<b>3. Coma-inducing Agent (if a deep coma cannot be confirmed, an additional dose may be required)</b>	
<input type="checkbox"/> propofol 1000 mg IV over 5 minutes, if an additional dose is required, give: propofol 500 mg IV over 2.5 minutes (Dispense: 1500 mg)  <input type="checkbox"/>	
<b>4. OPTIONAL - Normal Saline Flush</b>	
If IV tubing is of significant length and volume, consider IV flush with 10 mL normal saline. (Dispense: 10 mL normal saline flush syringe)	
<b>5. Neuromuscular Blocker</b>	
<input type="checkbox"/> rocuronium 200 mg by rapid IV injection , a repeat dose may be necessary (Dispense: 400 mg)  <i>OR if rocuronium not available</i> <input type="checkbox"/> cisatracurium 40 mg by rapid IV injection, a repeat dose may be necessary (Dispense: 80 mg)	
<b>6. Normal Saline Flush</b>	
Flush IV with 10 mL normal saline to prevent incompatibility and to ensure full dose administered (Dispense: 10 mL normal saline flush syringe)	
<b>Providing Practitioner Signature</b>	<b>Date</b>

## Medical Assistance in Dying – Prescriptions for Oral Protocol

Patient Name:	Providing Practitioner Name:
Date of Birth:	License Number:
HCN:	Telephone Number:
Address:	Address:
Allergies:	

**Select orders by placing a (✓) in the associated box. Note to Practitioner: if desired, an additional dose may be prescribed in case of breakage.**

Administration via enteral tube is not recommended due to lack of data and potential for clogging due to the large volume of powder. The IV protocol is the recommended alternative for patients with enteral tubes.	
During administration of the oral protocol, it is REQUIRED for the Providing Practitioner to be in attendance to manage medical complications and/or proceed with either the Symptom Management Protocol or conversion to the IV Protocol if necessary. It is recommended that the Providing Practitioner prepare the suspension.	
<input type="checkbox"/> IV Start Kit <input type="checkbox"/> Provide additional doses of selected medications in following sections 1, and 2	
<b>1. Gastric Motility/Nausea Prevention</b>	
<input type="checkbox"/> haloperidol 2 mg PO one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense: 2 mg)  <input type="checkbox"/> haloperidol 2 mg SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense 5 mg)	
<i>PLUS</i>	
<input type="checkbox"/> metoclopramide 20 mg PO one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense: 20 mg) <input type="checkbox"/> metoclopramide 20 mg SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense: 20 mg)	
<i>OR if intolerant to metoclopramide</i>	
<input type="checkbox"/> ondansetron 8 mg PO/ODT one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense: 8mg) <input type="checkbox"/> ondansetron 8 mg SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound (Dispense: 8mg)	
<b>2. Anxiolytic</b>	
<input type="checkbox"/> lorazepam 0.25 – 0.5 mg SL PRN if the patient has significant anxiety (Dispense: 1 x 0.5 mg tab)	
Note: if patient is benzodiazepine-naïve, a reduced dose of 0.25 mg is recommended (1/2 of a 0.5 mg tab)	
<b>3. Coma-inducing Compound (must include diazepam, digoxin, propranolol)</b>	
<input type="checkbox"/> Compound of: diazepam powder 1 g digoxin tablets 50 mg (200 x 0.25 mg tablets) propranolol tablets 2 g (50 x 40 mg tablets)	
<input type="checkbox"/> Include: morphine powder 15 g*	
* <b>Omit morphine if patient has had a recent opioid rotation from morphine due to neurotoxicity.</b>	
Directions: Mix powder into 100-125 mL of water, clear juice, or alcoholic beverage. Shake or stir well until smoothly mixed and milk-like. Ingest entire contents immediately within 1-2 minutes.	
<b>Providing Practitioner Signature</b>	<b>Date</b>

## Medical Assistance in Dying – Prescriptions for Symptom Management Protocol

Patient Name:	Providing Practitioner Name:
Date of Birth:	License Number:
HCN:	Address:
Address:	Telephone Number:
Allergies:	

**Select orders by placing a (✓) in the associated box.**

For use in conjunction with the self-administered oral protocol. <i>Note to Practitioner: if desired, an additional dose may be prescribed in case of breakage.</i>	
<input type="checkbox"/> IV Start Kit <input type="checkbox"/> Provide additional doses of selected medications in following sections 1, 2, 3 and 4	
<b>1. Managing Emesis (choose <u>one</u> option as appropriate or depending on availability)</b>	
<input type="checkbox"/> haloperidol 5 mg SC/IV immediately then 0.5 – 1 mg SC/IV every 2 hours PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> metoclopramide 10 mg SC/IV immediately then 10 – 30 mg SC/IV every hour PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> ondansetron 8 mg SC/IV immediately then 8 mg SC/IV every 8 hours PRN (Dispense: _____mg)	
<b>2. Managing Respiratory Secretions (choose <u>one</u> option as appropriate or depending on availability)</b>	
<input type="checkbox"/> glycopyrrolate 0.4 mg SC/IV immediately then 0.2 – 0.4 mg SC/IV every 2 hours PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> scopolamine 0.4 mg SC/IV immediately then 0.4 mg SC/IV every 2 hours PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> atropine 0.6 mg SC/IV immediately then 0.6 mg SC/IV every 4 hours PRN (Dispense: _____mg)	
<b>3. Managing Seizures (choose <u>one</u> option as appropriate or depending on availability)</b>	
<input type="checkbox"/> midazolam 5 mg SC/IV immediately and repeat every 10 minutes PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> Lorazepam 2 mg SC/IV immediately and repeat every 20 minutes PRN (Dispense: _____mg)	
<b>4. Managing Pain or Distress (choose <u>one</u> option as appropriate or depending on availability)</b> Specify dose and frequency.	
<input type="checkbox"/> morphine _____mg SC/IV _____PRN (Dispense: _____ mg)	
<input type="checkbox"/> HYDRomorphone _____mg SC/IV _____PRN (Dispense: _____mg)	
<input type="checkbox"/> fentanyl _____mg SC/IV _____PRN (Dispense: _____mcg)	
<b>Providing Practitioner Signature</b>	<b>Date</b>

## Medication Administration Record for Medical Assistance in Dying - IV Protocol

<b>Patient Information:</b>  Name: _____ DOB: _____  HCN: _____ <b>Allergies:</b> _____	Date of provision of MAID:		
	Time of loss of consciousness:		
<b>Medication</b>	<b>Practitioner Administered</b>		
	Dose/Route	Time	Initial
<b>1. Anxiolytic</b>			
midazolam 10 mg IV over 2 minutes, a repeat dose may be necessary			
<b>2. Local Anesthetic</b> (choose either option 'a' or 'b' as appropriate)			
a. lidocaine 40 mg IV over 30 seconds, a repeat dose may be necessary			
b. magnesium sulfate 1000 mg (diluted to 10 mL with normal saline) IV over 5 minutes, a repeat dose may be necessary			
<b>3. Coma-inducing Agent</b>			
propofol 1000 mg IV over 5 minutes, if an additional dose is required, give: propofol 500 mg IV over 2.5 minutes			
<b>4. OPTIONAL - Normal saline flush</b> –If IV tubing is of significant length and volume, consider IV flush with 10 mL normal saline.			
<b>7. Neuromuscular Blocker</b> (choose either option 'a' or 'b' as appropriate)			
a. rocuronium 200 mg by rapid IV injection, a repeat dose may be necessary			
b. cisatracurium 40 mg by rapid IV injection, a repeat dose may be necessary			



8. Normal saline flush - 10 mL			
9. Additional medications (please specify)			
Practitioner Name:			
Practitioner Signature:			

## Medication Administration Record for Medical Assistance in Dying - Oral Protocol

<b>Patient Information:</b>			
Name:	Date of Birth:	<b>Date of provision of MAID:</b>	
HCN:	Allergies:	<b>Time of loss of consciousness:</b>	
<b>Medication</b>	<b>Self-administered</b>		
	<b>Dose/Route</b>	<b>Time</b>	<b>Initial</b>
<b>1. Gastric Motility/Nausea Prevention</b> (administer both metoclopramide and haloperidol, ondansetron is optional)			
haloperidol 2 mg PO/SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound			
metoclopramide 20 mg PO/SC/IV one hour prior to ingestion of coma-inducing compound			
ondansetron 8 mg PO/SC/IV one hour <u>prior</u> to ingestion of coma-inducing compound (if intolerant to metoclopramide)			
<b>2. Anxiolytic</b>			
lorazepam 0.25-0.5 mg SL PRN if the patient has significant anxiety			
<b>3. Coma-inducing Compound</b>			
diazepam powder 1 g digoxin tablets 50 mg propanolol tablets 2 g  <input type="checkbox"/> morphine sulfate powder 15 g* - included <i>*omit morphine if patient has had a recent opioid rotation from morphine due to neurotoxicity</i>  Mix coma-inducing compound into 100-125 mL of water, clear juice, or alcoholic beverage. Agitate until smoothly mixed and milk-like. Ingest entire contents immediately within 1-2 minutes.			
<b>4. Additional medications</b> (please specify)			
<b>Practitioner Name:</b>			
<b>Practitioner Signature:</b>			

## Medication Administration Record for Medical Assistance in Dying - Symptom Management Protocol

<b>Patient Information:</b> Name: _____ Date of Birth: _____ HCN: _____ <b>Allergies:</b> _____	<b>Date of provision of MAID:</b>  		
Medication	Administered		
	Dose/Route	Time	Initial
<b>1. Managing Emesis</b> (choose option 'a', 'b', or 'c' as appropriate)			
a. haloperidol 5 mg SC/IV immediately, then 0.5-1 mg SC/IV every 2 hours PRN			
b. metoclopramide 10 mg SC/IV immediately, then 10-30 mg SC/IV every hour PRN			
c. ondansetron 8 mg SC/IV immediately, then 8 mg SC/IV every 8 hours PRN			
<b>2. Managing Respiratory Secretions</b> (choose option 'a', 'b', or 'c' as appropriate)			
a. glycopyrrolate 0.4 mg SC/IV immediately, then 0.2 – 0.4 mg SC/IV every 2 hours PRN			
b. scopolamine 0.4 mg SC/IV immediately, then 0.4 mg SC/IV every 2 hours PRN			
c. atropine 0.6 mg SC/IV immediately, then 0.6 mg SC/IV every 4 hours PRN			
<b>3. Managing Seizures</b> (choose option 'a' or 'b' as appropriate)			
a. midazolam 5 mg SC/IV immediately and repeat every 10 minutes PRN			

b. lorazepam 2 mg SC/IV immediately and repeat every 20 minutes PRN			
<b>4. Managing Pain or Distress</b> (choose option 'a', 'b', or 'c' as appropriate)			
a. morphine SC/IV _____mg every__hours prn			
b. hydromorphone SC/IV _____mg every__hours prn			
c. fentanyl SC/IV _____mcg every__hours prn			
<b>Practitioner Name:</b>			
<b>Practitioner Signature:</b>			