



## FORM 5 – Medical Assistance in Dying

### WAIVER OF FINAL CONSENT

This form is to be completed by the patient and the Providing Practitioner(s), including any potential Providing Practitioners, to:

- Provide the patient's Advance Consent to receive Medical Assistance in Dying (MAID) (PART A);
- Record the arrangement between the patient and Providing Practitioner(s) for the Practitioner(s) to provide MAID (PART B).

**\* Each potential Providing Practitioner is required to complete a separate "Part B" with the patient and append to Part A of the form. A Practitioner cannot provide MAID to a patient via Advance Consent without having completed this form.**

## FORMULAIRE 5 – Aide médicale à mourir

### RENONCIATION AU CONSENTEMENT FINAL

Ce formulaire doit être rempli par le patient et le ou les praticiens fournisseurs, y compris tout praticien fournisseur potentiel, pour :

- fournir le consentement anticipé du patient à recevoir l'aide médicale à mourir (AMM) (PARTIE A);
- enregistrer l'accord entre le patient et le ou les praticiens fournisseurs pour que ce ou ces derniers puissent administrer l'AMM (PARTIE B).

**\* Chaque praticien fournisseur potentiel doit remplir une « partie B » distincte avec le patient et la joindre à la partie A du formulaire. Un praticien ne peut pas fournir l'AMM à un patient sur la base d'un consentement anticipé sans avoir rempli ce formulaire.**

#### 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

**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

#### 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

**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

**A. TO BE COMPLETED BY PATIENT / PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT****1. Patient Information / Renseignements sur le patient**Name  
NomDate of Birth (DD/MM/YY)  
Date de naissance (JJ/MM/AA)Health Care Number  
Numéro d'assurance-maladie**2. Advance Consent to Receive Medical Assistance in Dying****2. Consentement préalable à recevoir l'aide médicale à mourir**I, \_\_\_\_\_,  
(Name of Patient, please print)Je soussigné(e), \_\_\_\_\_,  
(nom du patient en caractères d'imprimerie)submitted a Form 1 – *Formal Written Request*ai soumis le Formulaire 1 – *Demande écrite officielle*\_\_\_\_\_  
(Original date of request for MAID – DD/MM/YY)\_\_\_\_\_  
(Date de la demande d'aide médicale à mourir originelle – JJ/MM/AA)I made the request voluntarily and not as a result of external pressure.  
I understand that I can withdraw my request at any time and in any  
manner, and I hereby confirm that I have been provided with the  
opportunity to withdraw my request.J'ai fait cette demande de manière volontaire et sans pression  
extérieure.I hereby request and consent to the Practitioner(s) named in each  
Part B appended to this form to provide me medical assistance in  
dying by administering a substance that will cause my death on or  
beforeJe 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 je consens à ce que (nom du praticien, en caractères d'imprimerie),  
m'administre l'aide médicale à mourir le ou avant le\_\_\_\_\_  
(DD/MM/YY)\_\_\_\_\_  
(JJ/MM/YAA)if I lose capacity to consent to medical assistance in dying before that  
day.en m'administrant une substance qui causera mon décès si je perds  
la capacité à consentir à recevoir l'aide médicale à mourir avant ce  
jour-là.*Specific Wishes for Receiving Medical Assistance in Dying**Volontés particulières pour recevoir l'aide médicale à mourir*

X

Signature of Patient

(Date – DD/MM/YY)

(Time)

X

Signature du patient

(Date – JJ/MM/AA)

(Heure)

X

\* Signature of Person Signing on  
Behalf of Patient (if Patient is Unable to Sign)

(Date – DD/MM/YY)

(Time)

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 signant 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>_____ (Name of Patient, please print)</p> <p>has provided their Advance 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>* 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>_____ (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>* Signature de la personne signant au nom du patient (si celui-ci en est incapable)      (Date – JJ/MM/AA)      (Heure)</p>

**B. TO BE COMPLETED BY POTENTIAL PROVIDING PRACTITIONER****B. À REMPLIR PAR LE PRATICIEN FOURNISSEUR POTENTIEL****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. Risk of Capacity Loss****2. Risque de perte de capacité**

I, _____, (Name of Providing Practitioner, please print)	Je, _____, (nom du praticien traitant, en caractères d'imprimerie)
have informed _____, (Name of Patient, please print)	ai informé _____, (nom du patient, en caractères d'imprimerie)
that the patient is at risk of losing capacity to provide consent to MAID prior to the date on which they wish to receive it and of the various options available to them, including the option to provide Advance Consent.	qu'il risque de perdre sa capacité à fournir son consentement à recevoir l'AAM avant la date à laquelle il souhaite la recevoir, et des différentes options qui s'offrent à lui, notamment l'option de donner son consentement anticipé.

**3. Providing 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: 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 postal address at your primary place of work: Veuillez indiquer l'adresse postale de votre lieu de travail principal :	
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

**4. Patient Eligibility to provide Advance Consent****4. Admissibilité du patient à fournir son consentement anticipé**

The following lists the eligibility criteria to provide Advance Consent, thereby waiving the requirement to provide final consent to MAID, as per the **Criminal Code**. ALL criteria must be met in order for the patient to be eligible to provide Advance Consent. Please place a (✓) in the centre column to indicate that the patient meets the criteria.

Vous trouverez ci-dessous la liste des critères d'admissibilité pour fournir le consentement anticipé, lequel constitue une renonciation au consentement final à recevoir l'AAM, conformément aux dispositions du Code criminel. Le patient doit respecter TOUS les critères pour être admissible à fournir son consentement anticipé. Veuillez cocher (✓) la colonne du centre pour indiquer que le patient respecte le critère.

The patient has been assessed and found eligible for MAID by both an Assessing Practitioner and Consulting Practitioner.	<input type="checkbox"/>	Le patient a été évalué et jugé admissible à recevoir l'AAM par le praticien évaluateur et le praticien consultant.
The patient's natural death is reasonably foreseeable.	<input type="checkbox"/>	La mort naturelle du patient est raisonnablement prévisible.
The patient has capacity to provide Advance Consent to MAID.	<input type="checkbox"/>	Le patient a la capacité de fournir un consentement préalable à l'AAM.

5. Procedural Requirements	5. Exigences procédurales
<p>I have:</p> <p><input type="checkbox"/> informed the patient that they are at risk of losing capacity to provide final consent to MAID prior to the date on which the patient wishes to receive it;</p> <p><input type="checkbox"/> informed the patient of the various options available, including the option to provide Advance Consent;</p> <p><input type="checkbox"/> discussed with the patient that the Advance Consent would be invalidated if the patient:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• has capacity to provide final consent at the time MAID is to be provided, and must provide renewed consent in order to proceed with the procedure; or</li> <li>• at the time MAID is being provided, demonstrates by words, sounds, or gestures refusal to have the substance administered or resistance to its administration.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> discussed with the patient what words, sounds, or gestures might constitute refusal to having the substance administered or resistance to its administration.</p> <p><input type="checkbox"/> informed the patient that it is ultimately up to the Providing Practitioner to determine if the Advance Consent is invalid.</p>	<p>J'ai :</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient qu'il risque de perdre la capacité à fournir son consentement final à l'AAM avant la date à laquelle il souhaite la recevoir;</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient des diverses options disponibles, y compris celle de fournir un consentement anticipé;</p> <p><input type="checkbox"/> discuté avec le patient du fait que le consentement préalable ne sera plus valide s'il :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a la capacité de fournir son consentement final au moment de recevoir l'AAM, et qu'il devra alors renouveler son consentement pour aller de l'avant avec la procédure; ou</li> <li>• a, au moment où l'AAM est administrée, démontré par des mots, des sons ou des gestes son refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à son administration.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> discuté avec le patient des mots, des sons ou des gestes qui pourraient signifier son refus que la substance lui soit administrée ou une résistance à son administration.</p> <p><input type="checkbox"/> informé le patient qu'à la fin, il revient au praticien fournisseur de déterminer si le consentement anticipé est invalide.</p>
<p>X _____</p> <p>Signature of Practitioner (Date – DD/MM/YY) (Time)</p>	<p>X _____</p> <p>Signature du praticien (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.