



## 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"><li>The completed form must be placed on the patient's medical record and a copy securely emailed* or faxed to the Review Committee within <b>72 hours</b> of the Practitioner becoming aware of the withdrawal of the patient's request for MAID.</li></ul> <p><i>* 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>)</i></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>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 <b>dans les 72 heures</b> par le praticien après avoir appris que le patient a retiré sa demande d'aide médicale à mourir (AMM).</li></ul> <p><i>* 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>).</i></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

#### 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

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