



FORM 1 – Medical Assistance in Dying FORMAL WRITTEN REQUEST

This form can be completed by any person wishing to make a formal written request for medical assistance in dying (MAID). This form can only be completed AFTER you have been informed by a medical practitioner or nurse practitioner that you have a grievous and irremediable medical condition.

All information is mandatory unless indicated otherwise. Please provide the completed form to your health care provider.

FORMULAIRE 1 – Aide médicale à mourir DEMANDE ÉCRITE OFFICIELLE

Ce formulaire peut être rempli par toute personne souhaitant faire une demande officielle écrite d'aide médicale à mourir (AMM). Vous ne pouvez remplir ce formulaire qu'APRÈS avoir été informé par un médecin ou un infirmier praticien que vous souffrez d'une maladie grave et incurable.

Tous les renseignements sont obligatoires, sauf indication contraire. Veuillez remettre le formulaire rempli à votre professionnel de la santé.

PRACTITIONER ACTIONS REQUIRED

- The completed form must be placed on the person's medical record.
- A copy of the completed form must be securely emailed* or faxed to the Review Committee **within 72 hours of the person's assessment for eligibility by an 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

For assistance with facilitating access to a Practitioner that can assess the patient's eligibility, 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

- Le formulaire dûment rempli doit être enregistré dans le dossier médical du patient.
- Une télécopie du formulaire doit être envoyée au comité d'examen **dans les 72 heures après l'évaluation de l'admissibilité 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

Pour savoir comment renvoyer le patient vers un praticien pouvant évaluer son admissibilité, 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

1. PERSONAL INFORMATION / RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

A. Required Information / Renseignements requis

Name

Nom

Sex at birth

Sexe à la naissance

Male

Homme

Female

Femme

Other – Specify:

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

Not applicable

Sans objet

Province or Territory that Issued the Health Care Number

Province ou territoire qui a émis le numéro d'assurance-maladie

If you do not have a health insurance number, please indicate the province or territory of your usual place of residence.

Si vous n'avez pas de numéro d'assurance-maladie, veuillez indiquer votre province ou votre territoire de résidence habituel.

| | |
|---|---|
| <p>Where is your usual place of residence?</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital (excludes palliative care beds or unit)</p> <p><input type="checkbox"/> Palliative care facility (includes hospital-based palliative care beds, unit or hospice)</p> <p><input type="checkbox"/> Residential care facility (include long-term care facilities)</p> <p><input type="checkbox"/> Private residence (including retirement home)</p> <p><input type="checkbox"/> Correctional facility/Prison</p> <p><input type="checkbox"/> Shelter/Group Home</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> | <p>Quel est votre lieu de résidence habituel?</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital (à l'exception d'une unité de soins palliatifs)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins palliatifs (y compris les lits ou services de soins palliatifs en milieu hospitalier ou la maison de fin de vie)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins pour bénéficiaires internes (y compris les centres de soins de longue durée)</p> <p><input type="checkbox"/> Résidence privée (y compris la maison de retraite)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement correctionnel ou prison</p> <p><input type="checkbox"/> Refuge ou hébergement collectif</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> |
| <p>If your usual place of residence is a private residence, what are your usual living arrangements?</p> <p><input type="checkbox"/> Living with family (partner, children, parents)</p> <p><input type="checkbox"/> Living alone</p> <p><input type="checkbox"/> Living with relatives</p> <p><input type="checkbox"/> Living with non-relatives</p> <p><input type="checkbox"/> Living in congregate setting (long-term care home, nursing home, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> | <p>Si votre lieu de résidence habituel est une résidence privée, quelles sont vos conditions de vie habituelles?</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec ma famille (partenaire, enfants, parents).</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis seul.</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec des proches.</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis avec d'autres personnes que des proches.</p> <p><input type="checkbox"/> Je vis dans un centre d'hébergement collectif (établissement de soins de longue durée, maison de retraite, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> |
| <p>B. Optional Information</p> | <p>B. Renseignements facultatifs</p> |
| <p>Gender Identity:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p> | <p>Identité de genre :</p> <p><input type="checkbox"/> Homme</p> <p><input type="checkbox"/> Femme</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p> |
| <p>Gender Pronouns – Specify:</p> | <p>Pronoms de genre – Précisez :</p> |
| <p>Indigenous Identity (choose all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> First Nations</p> <p><input type="checkbox"/> Inuk/Inuit</p> <p><input type="checkbox"/> Métis</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Indigenous</p> <p><input type="checkbox"/> Do not know</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p> | <p>Identité autochtone (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Premières Nations</p> <p><input type="checkbox"/> Inuk/Inuit</p> <p><input type="checkbox"/> Métis</p> <p><input type="checkbox"/> Non-Autochtone</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p> |
| <p>Racial, Ethnic, or Cultural Group (choose all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Black</p> <p><input type="checkbox"/> East Asian (Chinese, Korean, Japanese, Taiwanese, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Latin American</p> <p><input type="checkbox"/> Middle Eastern (Arab, Persian Lebanese, Turkish, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> South-east Asian (Filipino, Thai Vietnamese, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> South Asian (Indian, Pakistani, Bangladeshi, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasian (white)</p> <p><input type="checkbox"/> Another racial, ethnic, or cultural group – Specify: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Do not know</p> <p><input type="checkbox"/> Do not want to provide this information</p> | <p>Groupe racial, ethnique ou culturel (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) :</p> <p><input type="checkbox"/> Noir</p> <p><input type="checkbox"/> Asie de l'Est (chinois, coréen, japonais, taïwanais, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Amérique latine</p> <p><input type="checkbox"/> Moyen-Orient (arabe, perse, libanais, turc, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est (philippin, thaïlandais, vietnamien, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Asie du Sud (indien, pakistanais, bangladais, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasien (blanc)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre groupe racial, ethnique ou culturel – Précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.</p> |

Disabilities:

In your opinion, do you have a disability?

- Yes
 No
 Do not know
 Do not want to provide this information

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
 Do not want to provide this information

B. In your opinion, how often does your disability limit your daily activities?

- Never
 Rarely
 Sometimes
 Often
 Always
 Do not know
 Do not want to provide this information

C. How long have you had the disability?

- _____ Years
 _____ Months
 Do not know
 Do not want to provide this information

Incapacités :

Selon vous, souffrez-vous d'une incapacité?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas
 Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

Si oui :

A. Parmi les propositions suivantes, laquelle décrit le mieux le type d'incapacité? Choisissez 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
 Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

B. À votre avis, à quelle fréquence votre incapacité limite-t-elle vos activités quotidiennes?

- Jamais
 Rarement
 Parfois
 Souvent
 Toujours
 Je ne sais pas
 Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

C. Depuis combien de temps souffrez-vous de cette incapacité?

- _____ années
 _____ mois
 Je ne sais pas
 Je ne souhaite pas fournir ce renseignement.

2. FORMAL REQUEST

I, _____,
(Name, please print)

Am making this request for MAID. I confirm that I:

- Have been informed by a Practitioner that I have a grievous and irremediable medical condition¹.
- Am making this request voluntarily, and not as a result of external pressure.
- Am capable of making decisions with respect to my health.
- Am a resident of Canada eligible for health care coverage under a provincial/territorial plan.

¹A person has a grievous and irremediable medical condition if:

- (a) They have a serious and incurable illness, disease or disability*;
- (b) They are in an advanced state of irreversible decline in capability;
- (c) That illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable.

* For the purposes of MAID, mental illness is excluded as a serious and incurable illness, disease, or disability.

This request is my informed consent to receive MAID. I understand that I can withdraw this request at any time and in any manner.

X

Signature of Person Requesting MAID (Date – DD/MM/YY) (Time)

X

* Signature of Independent Witness (Date – DD/MM/YY) (Time)

X

** Signature of Person Signing on Behalf of Person Requesting MAID (if they are unable to sign) (Date – DD/MM/YY) (Time)

2. DEMANDE OFFICIELLE

Je soussigné(e), _____,
(nom en caractères d'imprimerie)

soumets la présente demande d'AMM. Je confirme ce qui suit :

- J'ai été informé par un praticien que je suis atteint d'une maladie grave et incurable.
- Je fais cette demande de manière volontaire et sans pression extérieure.
- Je suis capable de prendre des décisions en ce qui concerne ma santé.
- Je réside au Canada et je suis bénéficiaire de l'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire.

¹Un patient est atteint d'une maladie grave et incurable dans les cas suivants :

- (a) Il est atteint d'une affection, d'une maladie ou d'une incapacité grave et incurable*;
- (b) Il se trouve à un stade avancé et irréversible de déclin de ses capacités;
- (c) L'affection, la maladie, l'incapacité ou le déclin de ses capacités lui causent des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge acceptables.

* Aux fins de l'aide médicale à mourir, la maladie mentale est exclue des affections, des maladies ou des incapacités graves et incurables.

Cette demande fait état de ma décision éclairée de recevoir l'AMM. Je comprends que je peux retirer ma demande en tout temps et par tout moyen.

X

Signature de la personne demandant l'AMM (Date – JJ/MM/AA) (Heure)

X

* Signature du témoin indépendant (Date – JJ/MM/AA) (Heure)

X

** Signature de la personne qui signe au nom de la personne demandant l'AMM (si celle-ci en est incapable) (Date – JJ/MM/AA) (Heure)

| * Independent Witness | * Premier témoin indépendant |
|--|---|
| <p>I, _____, (Name of Independent Witness, please print)</p> <p>understand that</p> <p>_____ (Name of Person Requesting MAID, please print)</p> <p>has made a formal request for medical assistance in dying. As a witness to that request, I confirm that:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I am at least 18 years of age; • I understand the nature of the request for MAID; • I do not know or believe I am a beneficiary under the will of the person making the request, or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from the person's death; • I am not an owner or operator of any health care facility at which the person making the request is being treated or any facility in which the person resides; • I am not directly involved in providing health care services to the person making the request*; and • I do not directly provide personal care to the person making the request*. <p><i>* A person who is paid to provide health care services or personal care to the person making the request may act as an independent witness, with the exception of the Assessing Practitioner, Consulting Practitioner, or the Providing Practitioner.</i></p> <p>X _____ Signature of Independent Witness (Date – DD/MM/YY) (Time)</p> | <p>Je soussigné(e), _____, (nom du témoin indépendant en caractères d'imprimerie)</p> <p>comprends que</p> <p>_____ (nom de la personne demandant l'AMM, en caractères d'imprimerie)</p> <p>a effectué une demande officielle pour recevoir l'aide médicale à mourir. En tant que témoin de cette demande, je le confirme ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'ai au moins 18 ans; • Je comprends la nature de la demande d'AMM; • Je ne suis pas ou ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne qui fait la demande et je ne recevrai pas ou ne crois pas que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci; • Je ne suis pas le propriétaire ou l'exploitant d'un centre de soins de santé où la personne qui fait la demande est traitée ou d'un établissement où elle réside; • Je ne participe pas directement à l'administration des soins de santé à la personne qui fait la demande; • Je n'administre pas directement des soins personnels à la personne qui fait la demande*. <p><i>* Une personne payée pour fournir des soins de santé ou des soins personnels à la personne peut agir en tant que témoin indépendant, à l'exception du praticien évaluateur, du praticien consultant ou du praticien fournisseur.</i></p> <p>X _____ Signature du témoin indépendant (Date – JJ/MM/AA) (Heure)</p> |

| **Signature of Person Signing on Behalf of Person Requesting MAID if they are Unable to Sign (i.e. not a witness) | **Signature de la personne qui signe au nom de la personne demandant l'AMM, si celle-ci en est incapable (autre que le témoin) |
|--|--|
| <p>I, _____, (Name of Person Signing on Behalf of Person Requesting MAID, please print)</p> <p>understand that</p> <p>_____, (Name of Person Requesting MAID, please print)</p> <p>is making a formal request for MAID.</p> <p>As the person signing on behalf of the person requesting MAID, I confirm that:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I am at least 18 years of age; • I understand the nature of the request for MAID; • I am signing and dating the request on the person's behalf, under their express direction and in their presence; and • I do not know or believe I am a beneficiary under the will of the person or a recipient, in any other way, of a financial or other material benefit resulting from the person's death. | <p>Je soussigné(e), _____ (nom de la personne signant au nom de la personne demandant l'AMM, en caractères d'imprimerie)</p> <p>comprends que</p> <p>_____, (nom de la personne demandant l'AMM, en caractères d'imprimerie)</p> <p>fait une demande officielle d'AMM.</p> <p>En tant que personne signant au nom de la personne demandant l'AMM, je confirme ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • J'ai au moins 18 ans; • Je comprends la nature de la demande d'AMM; • Je signe et date la demande au nom de la personne, sous sa direction expresse et en sa présence; • Je ne suis pas ou ne crois pas être bénéficiaire de la succession testamentaire de la personne et je ne recevrai pas ou ne crois pas que je recevrai autrement un avantage matériel, notamment pécuniaire, de la mort de celle-ci. |
| <p>X _____</p> <p>** Signature of Person Signing on Behalf of Person Requesting MAID (if they are unable to sign) (Date – DD/MM/YY) (Time)</p> | <p>X _____</p> <p>** Signature de la personne qui signe au nom de la personne demandant l'AMM (si celle-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.