

Medical Assistance in Dying (MAiD) Referral Form

Referral Information:

Date:
 Name of person making the referral:
 Relationship to patient: If other, please specify:
 Contact phone:
 Reason for referral:
 If other, please specify the reason for the referral:

Patient Information:

Name of potential patient (if applicable):
 Address (including city and postal code):
 Telephone number:
 Health Card Number: Province of HCN:
 Date of Birth:
 Gender:
 Preferred Official Language:
 Preferred Language of Service:

Alternate contact with whom MAiD information can be shared (if applicable):
 Relationship to patient: Telephone number:

Health Care Professionals:

Primary diagnosis:
 Family Physician (name and telephone if known):
 Is Family Physician aware of referral? Yes No Unknown N/A
 Is palliative care involved with the care of this patient? Yes No Unknown N/A
 Where is the person currently located? If other, please specify:
**** Please include any relevant patient information to support this request**

For Physicians and Nurse Practitioners:

- I am willing to support this patient's request as a MAiD assessor
- I am willing to support this patient's request as a MAiD provider
- I would like more information about being a MAiD assessor or provider
- I do not wish to be a MAiD assessor/provider for this referral

Fax completed forms and any supporting documentation to (613) 761-4351.

We will contact you within 5 business days of receiving the completed form to discuss the referral.

Questions? Contact the Champlain Regional MAiD Network @ 613-798-5555, ext. 1-0352 or maid@toh.ca.

Aide médicale à mourir – formulaire de renvoi

Renseignements sur l'auteur du renvoi :

Date :
 Nom de l'auteur du renvoi :
 Lien avec le patient :
 Dans ce dernier cas, veuillez préciser :
 Numéro de téléphone de la personne-ressource :
 Raison du renvoi :
 Dans ce dernier cas, veuillez préciser la raison du renvoi :

Renseignements sur le patient :

Nom du patient potentiel (le cas échéant) :
 Adresse (y compris la ville et le code postal) :
 Numéro de téléphone :
 Numéro de la carte Santé (CS) : Province de la CS :
 Date de naissance :
 Sexe :
 Langue officielle préférée :
 Langue de service préférée :

Autre personne-ressource à laquelle les renseignements sur l'aide médicale à mourir peuvent être communiqués (le cas échéant) : Lien avec le patient : Numéro de téléphone :

Professionnels de la santé :

Diagnostic primaire :
 Médecin de famille (nom et numéro de téléphone) :
 Le médecin de famille est-il au courant du renvoi? Oui Non Ne sait pas S/O
 Le patient reçoit-il des soins palliatifs? Oui Non Ne sait pas S/O
 Où la personne se trouve-t-elle présentement?
 Dans ce dernier cas, veuillez préciser :
**** À l'appui de la présente demande, veuillez inclure tout renseignement pertinent concernant le patient.**

Pour les médecins et les infirmières praticiennes :

- Je suis prêt à appuyer la demande de ce patient en tant qu'évaluateur de l'aide médicale à mourir.
- Je suis prêt à appuyer la demande de ce patient en tant que fournisseur d'aide médicale à mourir.
- J'aimerais de plus amples renseignements sur le rôle d'un évaluateur ou d'un fournisseur d'aide médicale à mourir.
- Je ne souhaite pas être un évaluateur ou un fournisseur d'aide médicale à mourir pour la présente demande.

Veuillez envoyer par télécopieur le formulaire dûment rempli et tout document à l'appui au 613 761-4351. Nous communiquerons avec vous dans les 5 jours ouvrables suivant la réception du formulaire dûment rempli afin de discuter du renvoi.

Questions? Communiquez avec le Réseau pour l'aide médicale à mourir de la région de Champlain au 613 798-5555, poste 1-0352, ou à l'adresse maid@toh.ca.