



ABBREVIATED ADVANCE DIRECTIVE

VALID UNDER THE YUKON CARE CONSENT ACT

DIRECTIVE PRÉALABLE ABRÉGÉE

EN VERTU DE LA LOI SUR LE CONSENTEMENT AUX SOINS DU YUKON

This is the advance directive of • *La présente constitue la directive de :*

Name • <i>Nom</i>	Date of birth • <i>Date de naissance</i>
Mailing address • <i>Adresse</i>	
Phone • <i>Téléphone</i>	Language preferred <i>Langue de préférence</i>
Email • <i>Courriel</i>	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> <i>Français</i>
Health number • <i>Numéro d'assurance-santé</i>	<input type="checkbox"/> Other • <i>Autre :</i>

I revoke (cancel) any previous directive made by me.

Je révoque (annule) toute directive antérieure dont je suis l'auteur.

I appoint the following person(s) to be my proxy (to make decisions about my care when I lack the ability to make those decisions for myself):

Je nomme la/les personne(s) suivante(s) à titre de fondé(s) de pouvoir (pour prendre des décisions dans le cas où je serais incapable de prendre moi-même les décisions concernant mes soins de santé) :

1. DESIGNATION OF A PROXY • DÉSIGNATION DE FONDÉS DE POUVOIR

Proxy 1 • *Fondé de pouvoir n° 1*

Name • *Nom*

Mailing address • *Adresse*

Phone (home) • *Téléphone (domicile)*

Phone (business) • *Téléphone (travail)*

Email • *Courriel*

Proxy 2 • *Fondé de pouvoir n° 2*

Name • *Nom*

Mailing address • *Adresse*

Phone (home) • *Téléphone (domicile)*

Phone (business) • *Téléphone (travail)*

Email • *Courriel*

If I have named more than one proxy, I wish them to act **(initial one choice only)**:

Alternately (any one of them can make the decision)

OR

Successively (2nd proxy decides if 1st proxy is not available)

*Si j'ai nommé plus d'un fondé de pouvoir, je désire qu'ils prennent les décisions de la manière suivante **(apposez vos initiales à côté de votre choix)** :*

L'un ou l'autre (chaque fondé de pouvoir est autorisé à prendre des décisions)

OU

Dans l'ordre mentionné (le fondé de pouvoir n° 2 prend des décisions uniquement lorsque le fondé de pouvoir n° 1 ne peut le faire)

I authorize my proxy to make all care decisions for me when I am no longer mentally capable of making my own care decisions **(initial one choice only)**:

With no restrictions
OR

With restrictions as follows:

*J'autorise mon ou mes fondé(s) de pouvoir à prendre toutes les décisions relatives à mes soins de santé lorsque je suis incapable de le faire **(apposez vos initiales à côté d'un choix seulement)** :*

*Sans limitations
OU*

Avec les limitations suivantes :

2. WISHES FOR CARE (OPTIONAL) • VOLONTÉ EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIF)

If I have a condition that will cause me to die soon or a condition where there is little hope that I will regain a quality of life acceptable to me, I want the following related to resuscitation and care:

Si l'affection dont je souffre entraîne une mort rapide ou s'il est peu probable que je puisse recouvrer une qualité de vie acceptable, je désire ce qui suit :

Resuscitation (optional)

Réanimation (facultatif)

If I have **no pulse** and I am **not breathing** (initial one choice only):

*Si je n'ai **PAS de pouls** et je ne **respire PAS** (apposez vos initiales à côté de votre choix) :*

Resuscitate (CPR)
OR

*Manoeuvres de réanimation
OU*

DO NOT attempt or continue any resuscitation (DNR)

***NE** tenter ni ne poursuivre **AUCUNE** manoeuvre de réanimation*

Other care (optional)

Soins (facultatif)

If I **have a pulse** and I **am breathing**
(initial one choice only):

Si j'**ai un pouls** et je **respire** (apposez vos
initiales à côté de votre choix) :

Comfort measures only: These include nursing care, medication for managing symptoms including pain, oxygen, hydration except by intravenous (IV) therapy, mouth care, positioning, warmth, emotional and spiritual support, and other measures to relieve pain and suffering. No other medical treatment will be provided.

Mesures de soulagement seulement :
c.-à-.d. notamment soins infirmiers, médicaments pour traiter les symptômes, incluant la douleur, oxygène, hydratation non intraveineuse, hygiène buccale, positionnement, chaleur, soutien moral et spirituel et autres mesures de soulagement de la douleur. Aucun autre traitement médical ne sera administré.

OR

OU

Specified medical care: In addition to comfort measures, I would want the following if recommended by my health care providers. This may necessitate transfer to a hospital.

Soins médicaux spécifiques : En plus des **mesures de soulagement,** j'aimerais recevoir les soins suivants, selon les recommandations de mes fournisseurs de soins. Cela pourrait nécessiter mon hospitalisation.

- surgery
- antibiotics
- other medications
- radiation
- other treatment
- intubation (for breathing)
- kidney dialysis
- chemotherapy
- intravenous therapy
- blood transfusions
- defibrillation (shock to heart)
- tube feedings

- intervention chirurgicale*
- antibiotiques*
- autres médicaments*
- radiothérapie*
- autres traitements*
- intubation (pour aider la respiration)*
- dialyse rénale*
- chimiothérapie*
- traitement par intraveineuse*
- transfusions sanguines*
- défibrillation (chocs cardiaques)*
- gavage*

Additional Instructions • *Instructions supplémentaires* : _____

3. SIGNATURES

I sign this document while capable of understanding the nature and effect of this directive.

Je signe ce document dans un état où je suis capable de comprendre la nature et la portée de la présente directive.

My signature • *Ma signature*

Date

OR if you are mentally capable but for some reason unable to sign, you may direct another person to complete and sign this directive on your behalf in your presence. The person signing CANNOT be the proxy or the spouse of the proxy.

OU si vous êtes capable de comprendre, mais que pour une raison quelconque vous êtes incapable de signer, vous pouvez demander à une autre personne de rédiger et de signer la présente directive pour vous, en votre présence. Le signataire ne peut PAS être votre fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.

Signature on my behalf • *Signature en mon nom*

Date

Relationship to me • *Lien avec l'auteur*

Signatures of witnesses

Signatures des témoins

Two adults 19 years or older must witness your signature and sign together in your presence.

Deux personnes âgées d'au moins 19 ans doivent être témoins de votre signature et signer ensemble en votre présence.

I certify that I witnessed the signing of this Directive by the Maker in my presence. I am not a proxy or the spouse of a proxy.

J'atteste que j'ai été témoin de la signature de la présente directive. Je ne suis pas le fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.

Witness signature • *Signature de témoins*

Date

Witness signature • *Signature de témoins*

Date

Signature of proxy

Signatures des fondés de pouvoir

The Proxy must sign in order to make this directive legal.

La désignation des fondés de pouvoir n'est pas valide à moins que tous les fondés de pouvoir aient signé.

I agree to be proxy for the maker of this directive. I understand and agree to take on the responsibilities and duties of a proxy under the *Care Consent Act*.

J'accepte d'agir à titre de fondé de pouvoir pour l'auteur(e) de la présente directive. Je comprends et j'accepte les responsabilités et les devoirs du fondé de pouvoir en vertu de la Loi sur le consentement aux soins.

Proxy 1 signature • *Signature de fondé de pouvoir n° 1*

Date

Proxy 2 signature • *Signature de fondé de pouvoir n° 2*

Date

Information contained in this form is collected, used and disclosed in accordance with Yukon's *Health Information Privacy and Management Act*, *Care and Consent Act*, and other applicable laws. A written statement of Health and Social Services information practices can be viewed at www.hss.gov.yk.ca/healthprivacy.php or by contacting the department's privacy officer at healthprivacy@gov.yk.ca.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon, la Loi sur le consentement aux soins ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, visitez le site www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à l'adresse healthprivacy@gov.yk.ca.