

Information utile pour remplir le formulaire

À l'aide du présent formulaire, vous pouvez indiquer clairement le type de soins que vous désirez recevoir dans le cas où vous seriez plus tard dans l'incapacité de prendre des décisions. Ce formulaire aidera les fournisseurs de soins de santé et les membres de votre famille à respecter votre volonté. Si vous voulez désigner un fondé de pouvoir (un décisionnaire remplaçant ou DR) en plus d'indiquer les soins que vous voulez ou ne voulez pas recevoir, vous devriez rédiger une directive préalable. Si vous n'avez pas rédigé de directive préalable, un membre de votre famille prendra les décisions relatives aux soins de santé à votre place uniquement si vous êtes mentalement incapable de le faire vous-même.

Bien des gens auront de la difficulté à remplir ce formulaire. Personne n'aime penser à sa mort, mais c'est pourtant une étape normale et inévitable de la vie.

Prenez le temps d'examiner les options énoncées ci-après et d'en discuter avec vos fournisseurs de soins de santé, votre famille et vos amis.

Quand vous aurez rempli le formulaire, assurez-vous d'en apporter une copie si vous êtes hospitalisé, si vous recevrez votre congé de l'hôpital et retournez à la maison, ou si vous allez vivre dans un centre de soins prolongés. Vous devriez aussi en remettre une copie à votre médecin.

Si vous voulez modifier les volontés exprimées en ce qui concerne les soins de santé, avisez immédiatement votre médecin ou infirmière, détruisez l'ancien formulaire et remplacez-le par celui-ci. La plus récente volonté exprimée alors que vous en étiez encore capable mentalement devra être respectée, peu importe si cette volonté est exprimée par écrit ou verbalement. C'est à vous de vous assurer que les gens connaissent votre volonté.

Réanimation : Forme abrégée de « réanimation cardio-respiratoire » (RCR), qui vise à restaurer la fonction cardiaque au moyen de diverses manœuvres, notamment le massage cardiaque, les médicaments, les électrochocs et le bouche-à-bouche. La télévision nous donne parfois l'impression que la RCR fonctionne presque à tout coup, mais dans la réalité, le taux de survie varie entre 0 et 20 %, tout dépendant de l'état de santé de la personne. Demandez à votre médecin si la RCR est une solution appropriée dans votre cas.

Décès prévu à la maison

Dans le cas d'un décès prévu à domicile, il faut penser aux personnes qui, selon vos souhaits, seront concernées lors du décès. Voir les suggestions ci-dessous. **NE PAS APPELER LE 911 ni les Services médicaux d'urgence (ambulance).**

Si quelqu'un appelle une ambulance, votre famille devrait avoir ce formulaire à portée de la main pour le montrer aux ambulanciers.

Planification

- Discutez avec votre médecin ou une infirmière autorisée de la possibilité de mourir à la maison.
- Préparez avec votre médecin ou une infirmière un plan qui comprendra :
 - le nom de la personne à appeler lors du décès, s'il y a lieu (notez qu'au Yukon, il n'est pas nécessaire qu'un médecin ou qu'une infirmière constate le décès);
 - le nom du salon funéraire qu'il faudra appeler pour transporter la dépouille, ou les autres arrangements qu'il faudra prendre s'il n'y a pas de salon funéraire dans votre localité.
- Transmettez le plan à la famille, aux amis et aux autres personnes concernées, tel votre conseiller spirituel, pour qu'elles puissent appuyer vos décisions et respecter votre volonté.
- Assurez-vous que ces personnes pourront facilement trouver la copie originale de ce formulaire dans votre maison. Si vous quittez la maison pour quelque raison que ce soit, apportez ce formulaire.

Le moment venu

- **NE PAS APPELER LE 911**, l'ambulance, le coroner ou la police.
- **APPELER** les membres de la famille, les amis et le conseiller spirituel.
- **AVISER** le salon funéraire. Prendre le temps qu'il faut : rien ne presse.

Personnes à appeler **Nom** **Téléphone**

Docteur ou infirmière _____
 Salon funéraire _____
 Conseiller spirituel _____
 Centre de soins palliatifs _____
 Famille et amis _____

RÉANIMATION ET SOINS

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	Nom : _____ (en lettres détachées) Adresse : _____ (adresse municipale) Numéro d'assurance-santé : _____ Téléphone : _____ Date : _____												
Volonté en matière de réanimation (1) <small>(Ne cochez qu'une seule case)</small>	Si je n'ai <u>pas de pouls</u> et je <u>ne respire pas</u> : RÉANIMER OU NE tenter ni ne poursuivre AUCUNE manœuvre de réanimation (DNR)												
Volonté en matière de soins de santé (2) <small>(Ne cochez qu'une seule case)</small>	Si j'ai un <u>pouls</u> et je <u>respire</u> : MESURES DE SOULAGEMENT SEULEMENT : c.-à-d. notamment soins infirmiers, médicaments pour traiter les symptômes (y compris 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. <p style="text-align: center;">OU</p> 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. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Antibiotiques</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autres médicaments</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Traitement par intraveineuse</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Radiothérapie</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Chimiothérapie</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Alimentation par sonde</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Dialyse rénale</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Défibrillation (chocs cardiaques)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Transfusions sanguines</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Intubation (pour aider la respiration)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Autres traitements _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/> Autres médicaments	<input type="checkbox"/> Traitement par intraveineuse	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Alimentation par sonde	<input type="checkbox"/> Dialyse rénale	<input type="checkbox"/> Défibrillation (chocs cardiaques)	<input type="checkbox"/> Transfusions sanguines	<input type="checkbox"/> Intubation (pour aider la respiration)	<input type="checkbox"/> Autres traitements _____
<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale												
<input type="checkbox"/> Autres médicaments	<input type="checkbox"/> Traitement par intraveineuse												
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie												
<input type="checkbox"/> Alimentation par sonde	<input type="checkbox"/> Dialyse rénale												
<input type="checkbox"/> Défibrillation (chocs cardiaques)	<input type="checkbox"/> Transfusions sanguines												
<input type="checkbox"/> Intubation (pour aider la respiration)	<input type="checkbox"/> Autres traitements _____												
AUTRES VOLONTÉS PRÉCISES CONCERNANT LES SOINS EN FIN DE VIE	_____ _____ _____ _____ _____ _____												

Remettre la copie originale au patient ou au décisionnaire remplaçant (DR), une copie au médecin ou à l'infirmière et une copie à l'établissement pour inclusion au dossier (s'il y a lieu)

<p>SIGNATURES</p> <p>1. Si la personne qui exprime sa volonté est apte à donner son consentement [signature au numéro 1 seulement]</p> <p>OU</p> <p>2. Si la personne n'est pas apte à donner son consentement en ce qui concerne la volonté énoncée [signature aux numéros 2(a) et 2(b)]</p>	<p>1. Si vous êtes capable mentalement de donner votre consentement aux directives énoncées dans ce formulaire, seule votre signature est requise ci-dessous.</p> <p>J'ai discuté de mon état de santé avec mon fournisseur de soins de santé et je comprends l'information et les options proposées. Les directives énoncées ci-dessus reflètent ma volonté dans le cas où je deviendrais mentalement incapable de donner mon propre consentement au moment voulu.</p> <p>Signature : _____</p> <p>Signé ce ____ jour de _____. (jour) (mois) (année)</p> <p>2. Si la personne dont le nom paraît à la page 1 de ce formulaire n'est pas apte à donner son consentement aux directives énoncées dans ce formulaire, les signatures d'un fournisseur de soins de santé et du décisionnaire remplaçant sont alors requises ci-dessous.</p> <p>(a) J'ai discuté avec la personne concernée ou avec son décisionnaire remplaçant de l'état de santé de la personne, de sa volonté à l'égard des soins de santé et des options de traitement. Je crois que les directives énoncées aux présentes sont appropriées du point de vue médical.</p> <p>Nom du médecin ou de l'infirmière autorisée : _____ (en lettres détachées)</p> <p>Signature du médecin ou de l'infirmière autorisée : _____</p> <p>Signé ce ____ jour de _____. (jour) (mois) (année)</p> <p>(b) J'ai discuté de l'état de santé de la personne concernée avec le médecin ou l'infirmière autorisée et je comprends l'information et les options proposées. Les directives énoncées ci-dessus reflètent la volonté de la personne concernée ou, si cette volonté n'est pas connue, ces directives reflètent les valeurs et les croyances de la personne ou, si on ne connaît pas ces valeurs et croyances, ces directives sont dans l'intérêt supérieur de la personne.</p> <p>Nom du décisionnaire remplaçant : _____ (en lettres détachées)</p> <p>Signature du décisionnaire remplaçant : _____</p> <p>Lien de parenté avec la personne : _____</p> <p>Signé ce ____ jour de _____. (jour) (mois) (année)</p> <p>Coordonnées du décisionnaire remplaçant : _____ (téléphone)</p> <p>_____ (adresse)</p>
---	--

Remettre la copie originale au patient ou au décisionnaire remplaçant (DR), une copie au médecin ou à l'infirmière et une copie à l'établissement pour inclusion au dossier (s'il y a lieu)

Les renseignements dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins* en vue d'établir la volonté du patient ou de remplacer un formulaire de consentement aux soins. Pour tout renseignement, communiquez avec le coordonnateur de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* au ministère de la Santé et des Affaires sociales (H-1), C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, 867-667-5919.