



Imagine better health.SM

Directives Psychiatriques Anticipatives *Procuration Permanente pour les Soins de Sante Mentale*



French

Révisée Août 2014
Revised August 2014

Mission

La Mission de Catholic Health Initiatives est de nourrir le ministère de guérison de l'Église, ministère appuyé par l'éducation et la recherche. La fidélité vis-à-vis de l'Évangile nous pousse vivement à mettre l'accent sur la dignité humaine et la justice sociale tout en créant des communautés en meilleure santé.

À CHI Health, nous sommes engagés à écouter la voix de nos patients et de nos clients à travers leurs soins. Nous savons qu'il y a des moments où nos patients et nos clients ne peuvent pas prendre leurs propres décisions connues à cause de leur maladie ou de leur situation. À ces moments, des documents de Directives Anticipatives, tels qu'une Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale peut s'avérer utile pour prendre des décisions relatives aux soins et au traitement en votre nom.

Cette brochure contient des informations et des formulaires dont vous aurez besoin pour remplir vos propres Directives Anticipatives relatives à vos besoins de soins et de traitement mentaux. Si vous souhaitez remplir des documents généraux de Directives Anticipatives, les informations et les formulaires peuvent être trouvés au [website d'CHI Health \(CHIhealth.com\)](http://www.chihealth.com) ou peuvent être demandés de la part d'un membre de votre équipe de soins en vue d'assistance.

Table Des Matières

Questions fréquemment posées.....	2
Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale	7
Informations supplémentaires pour mes soins et mon traitement mentaux.....	11
Cartes de poche	13

Questions Fréquentement Posées Concernant Les Documents De Directives Anticipatives Et La Procuration Permanente Pour Les Soins De Santé Mentale

Qu'est ce que c'est que les «Directives Anticipatives »?

Les « Directives Anticipatives » sont des documents légaux que vous pouvez remplir pour faire connaître à autrui vos souhaits concernant vos besoins de soins et de traitement au cas où vous ne pouvez pas prendre des décisions vous-même. Elles sont appelées «Directives Anticipatives», parce qu'elles sont remplies à l'avance par rapport à un moment où vous ne pourriez pas prendre vos propres décisions, et parce qu'elles vous permettent de donner des directives au sujet de vos soins et de votre traitement futurs. Il y a deux types de documents de Directives Anticipatives:

- » Procuration Permanente pour les Soins de Santé: Dans ce document, vous pouvez désigner une personne pour devenir votre mandataire quand vous êtes incapable de prendre des décisions de soins de santé pour vous-même. Ce mandataire est connu comme votre «Mandataire Effectif».
- » Acte de Testament de Vie: Dans ce document, vous pouvez donner des directives relatives à vos préférences en matière de support de la vie si vous tombez malade en phase terminale ou que vous vous trouvez dans un état d'inconscience permanente dont vous n'allez vraisemblablement pas vous remettre (fait parfois connu comme un « état végétatif persistant » [persistent vegetative state / PVS]).

Qu'est-ce que c'est qu'un document de « Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale »?

Un document de « Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale» est un type de document de Directives Anticipatives où vous pouvez désigner une autre personne pour être votre mandataire pour les décisions spécifiquement relatives à vos besoins de soins et de traitement mentaux. Cette personne est connue comme votre « Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale». Vous pouvez également inclure dans ce document, ou si vous le souhaitez, comme une partie supplémentaire de ce document, des informations et des directives relatives à vos préférences en fait de soins et de traitement mentaux.

Le document de « Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale » est-il la même chose qu'un document général de « Procuration Permanente pour les Soins de Santé »?

Pas toujours. Parfois les gens ont des documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé écrits dans une forme qui s'applique aux décisions relatives aux soins de santé générale et aux soins de santé mentale. Il arrive, dans d'autres cas, que ces documents soient distincts. Les documents contenus dans ce paquet vous permettent de remplir des documents distincts de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale.

Ces documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale s'appliquent-ils aux décisions relatives à mes besoins de soins et de traitement médicaux généraux ?

Non. Dans les documents contenus dans ce paquet, la personne désignée comme votre Mandataire-Effectif pour les Soins de Santé Mentale sera uniquement garante de prendre des décisions concernant vos besoins de soins et de traitement mentaux. Il vous est loisible de remplir des documents distincts de Procuration Permanente pour les Soins de Santé concernant les décisions relatives à vos soins de santé générale.

Ces documents de «Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale» soulèvent-ils la question des décisions relatives aux besoins de traitement médical concernant l'alcool, l'abus de substances toxiques ou les accoutumances?

Non. Les décisions relatives aux conditions médicales résultant d'abus ou d'accoutumances d'alcool ou de substances toxiques seront prises en votre nom par le Mandataire-Effectif désigné dans votre document général de Procuration Permanente pour les Soins de Santé, par votre tuteur (tutrice) ou par votre membre de famille le plus proche.

Qui peut remplir les documents de Directives Anticipatives, tels que la Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale?

Tout adulte muni de la capacité de prendre des décisions peut remplir les documents de Directives Anticipatives, y compris un formulaire de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale. Si vous vivez en Iowa, « adulte » signifie que vous avez au moins 18 ans. Si vous vivez au Nebraska, «adulte» signifie que vous avez au moins 19 ans.

Dois-je remplir des documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale en vue de recevoir un traitement pour mes besoins de soins mentaux?

Non. Vous recevrez un traitement pour vos besoins de santé mentale que vous ayez rempli ou non des documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale. Toutefois, le fait de remplir les documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale vous donne une chance de donner à l'avance des informations et des directives à la personne chargée de prendre des décisions en votre nom.

Qui puis-je désigner pour être mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale?

En général, vous pouvez désigner n'importe quelle personne que vous souhaiteriez être votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale. Il est utile de désigner une personne que vous aimeriez être votre Mandataire Effectif en qui vous avez confiance et qu'il sera facile à vos prestataires de soins médicaux de contacter. Cette personne ne doit pas être un juriste/avocat, et il y a quelques lois d'État à considérer quand vous choisissez la personne à désigner comme votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale. Ci-dessous sont énumérées les personnes qui ne peuvent pas être vos Mandataires Effectifs pour les Soins de Santé Mentale, suivant les lois de l'État où vous vivez.

Pour les Résidents des deux États de Nebraska et d'Iowa

- » Votre prestataire de soins médicaux ne peut pas être désigné comme votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.
- » Un(e) employé(e) non membre de famille de votre prestataire de soins médicaux traitant ou de l'installation où vous recevez des soins ne peut pas être désigné(e) comme votre Mandataire Effectif des Soins de Santé Mentale.

Pour les Résidents du Nebraska seulement

- » Un propriétaire ou un opérateur d'une installation de soins de santé communautaire non membre de famille où vous êtes un(e) patient(e) ou un(e) résident(e) ne peut pas être désigné comme votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.
- » Une personne non membre de famille qui, au moment où vous remplissez les documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale, est présentement en train de prester comme un Mandataire Effectif pour dix personnes ou plus ne peut pas être désignée comme votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.

Mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale prendra-t-il toujours des décisions concernant mes soins et mon traitement mentaux?

Non. La personne qui est votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale sera responsable de prendre des décisions en votre nom concernant vos besoins de soins et de traitement mentaux uniquement quand il sera déterminé que vous ne disposez pas de la capacité de prendre ces décisions pour vous-même.

Qui détermine si j'ai la capacité de prendre mes propres décisions?

Votre prestataire de soins mentaux professionnel, autorisé (ou vos autres médecins, si vous n'êtes pas en train d'être traité(e) par un prestataire de soins mentaux) vous examinera pour déterminer si vous avez la capacité de prendre des décisions portant sur vos besoins de soins et de traitement mentaux. Ils travailleront avec vous, votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, et d'autres impliqués dans votre traitement et consigneront dans votre dossier médical votre capacité de prendre des décisions. S'ils déterminent que vous n'avez pas la capacité de prendre des décisions pour vous-même, votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale peut commencer à prendre des décisions en votre nom. S'il existe un désaccord considérable à propos de votre capacité de prendre des décisions, cette décision peut être laissée à un juge.

Comment mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale et mes prestataires de soins mentaux seront-ils informés de mes documents de Directives Anticipatives et de mes préférences pour mes soins?

C'est important de parler avec vos prestataires de soins mentaux et la personne que vous désignez comme votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale de vos valeurs, de vos croyances et de vos préférences, et de toute information que vous incluez dans vos documents de Directives Anticipatives. Les documents inclus dans ce paquet ont pour vos prestataires de soins mentaux, d'autres médecins et la personne ou les personnes que vous désignez pour être votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale une place où signer pour reconnaître qu'ils ont parlé avec vous de vos préférences.

Si j'inclus dans mes documents de Directives Anticipatives des informations et des instructions relatives à mes soins et à mon traitement mentaux, ces dernières vont-elles être suivies?

Votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale et vos prestataires de soins mentaux feront de leur mieux pour suivre vos instructions pour vos soins et votre traitement mentaux. Il peut ne pas être toujours possible, cependant, de suivre vos instructions exactement comme vous les avez écrites s'il y a des problèmes d'ordre légal, technique ou éthique liés à vos instructions, ou s'ils croient que vos instructions vous exposent au risque de vous causer du tort à vous-même ou à causer du tort à d'autres. C'est pourquoi il est important, quand vous remplissez vos documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale, de parler de vos instructions avec la personne ou les personnes que vous désignez en tant que votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, avec vos prestataires de soins mentaux et avec les autres médecins.

Mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale prendra-t-il des décisions comme il ou elle pense que je pourrais les prendre, ou mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale prendra-t-il des décisions basées sur ses idées et ses souhaits?

Votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale a une obligation de prendre des décisions qui reflètent vos préférences, vos valeurs et vos croyances quand ces dernières sont connues. Ce fait est connu comme le « jugement standard substitué » pour prendre des décisions. Si vos préférences ne sont pas connues, ou si le fait de suivre vos instructions comme vous les avez écrites pourrait vous exposer au risque de vous causer du tort à vous-même ou de causer du tort à d'autres, votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale et vos

prestataires de soins mentaux prendront des décisions concernant vos besoins de soins et de traitement mentaux, décisions basées sur ce qu'ils croient aller dans le sens de votre meilleur intérêt. Ce fait est connu comme le « meilleur intérêt standard » pour prendre des décisions.

Peut-on donner à une autre personne des informations concernant mes soins et mon traitement mentaux?

Vous pouvez donner à votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale des instructions indiquant qui vous voulez (ou ne voulez pas) qu'il (elle) reçoive des informations concernant vos soins et votre traitement mentaux en utilisant les documents contenus dans ce paquet. Des installations spécifiques de soins mentaux ou des endroits où vous êtes en train de recevoir un traitement peuvent vous demander, à vous-même ou à votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, de remplir des formulaires supplémentaires (appelés formulaires d'Autorisation HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act / Avis sur les procédures de confidentialité]) en vue de divulguer vos Informations Médicales Protégées (Protected Health Information) et de protéger votre confidentialité.

Qu'arrive-t-il si j'ai déjà rempli des documents qui donnent des informations concernant mes préférences pour mes soins et mon traitement mentaux?

Certaines personnes ont déjà rempli des documents qui donnent des informations relatives à leurs préférences en matière de soins et de traitement mentaux. Ces documents (tels que le Wellness Action Recovery Plan, ou "WRAP" [Plan d'Action de Convalescence de Bien-Être]) peuvent être cités dans le formulaire de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale contenu dans ce paquet et livrer des informations complémentaires aux personnes qui prennent en votre nom des décisions relatives à vos soins et à votre traitement mentaux.

Ai-je besoin d'un juriste/avocat pour préparer mes documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale?

Il n'existe pas d'obligations légales en Iowa ni au Nebraska qui stipulent que vous devez demander à un juriste/avocat de préparer vos documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale. Toutefois, certaines personnes trouvent utile un juriste/avocat. Vous n'avez pas besoin de consulter un juriste/avocat pour remplir les documents qui sont fournis dans ce paquet. Veillez à suivre les instructions pour faire bénéficier vos documents de la caution d'un témoin ou d'un notaire si vous remplissez vous-même vos documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale.

Qui peut me servir de témoin quand je remplis mes documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale?

Les lois varient d'un État à un autre pour savoir qui peut et qui ne peut pas vous servir de témoin.

- » En Iowa, votre témoin ne peut pas être votre prestataire de soins qui vous traite à l'instant, un(e) employé(e) de votre prestataire de soins ni la personne que vous avez désignée en tant que votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.
- » Au Nebraska, votre témoin ne peut pas être un(e) employé(e) de votre prestataire d'assurance vie ou d'assurance maladie. Bien plus, au Nebraska, un seul de vos témoins peut être un(e) employé(e) d'un prestataire de soins qui est en train de vous soigner ou de vous traiter.

Il vous est loisible de faire valider ces documents par un notaire plutôt que par un témoin.

Que devrais-je faire avec mes documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale et d'autres documents de Directives Anticipatives?

Vous devriez garder une copie de vos documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale et d'autres documents de Directives Anticipatives dans un endroit sûr. Il est utile de donner une copie de votre Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale à la personne que vous désignez en tant que votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale et à vos prestataires de soins mentaux. Il vous est également loisible d'en donner des copies à votre médecin traitant et à d'autres personnes proches de vous.

Devrais-je parler de mes souhaits relatifs à mes besoins de soins et de traitement mentaux avec d'autres personnes en plus de la personne ou des personnes que je désigne en tant mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, mes prestataires de soins mentaux et d'autres médecins?

Il peut être utile de parler avec d'autres membres de famille, des amis et des personnes à contacter en cas d'urgence de vos souhaits relatifs à vos soins et à votre traitement mentaux, ainsi ils peuvent aider à vous soutenir, vous-même et votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale. Cela peut aider à prévenir tout conflit futur qui peut surgir au moment où des décisions relatives à vos soins et à votre traitement mentaux sont en train d'être prises en votre nom.

Puis-je amender mes documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale une fois qu'ils sont remplis si mes souhaits et mes préférences changent?

Vous pouvez amender vos documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale si vos souhaits et vos préférences changent en mettant à jour vos documents actuels ou en remplissant de nouveaux documents. Rappelez-vous de donner des copies de vos documents mis à jour ou nouveaux à vos prestataires de soins médicaux et à tous ceux qui sont cités dans vos documents de Directives Anticipatives.

Est-ce que je peux abroger ou annuler mes documents de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale?

Vous êtes capable d'abroger ou d'annuler votre document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale dans certaines circonstances définies par la loi d'État.

- » Pour les Résidents du Nebraska: Vous pouvez abroger ou annuler votre document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale quand vous avez la capacité de prendre vos décisions en vous adressant verbalement ou par écrit à votre prestataire de soins médicaux et à votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.
- » Pour les Résidents d'Iowa: Vous pouvez abroger votre Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale à n'importe quel moment quelle que soit votre capacité de prendre des décisions en vous adressant verbalement ou par écrit à votre prestataire de soins médicaux et à votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.
 - Toutefois, les documents contenus dans ce paquet vous donnent l'option d'indiquer que vous voulez être capable d'abroger vos documents de Procuration Permanente pour les Soins Mentaux uniquement quand vous avez la capacité de prendre vos propres décisions.

Procuration Permanente Pour Les Soins De Sante Mentale

INFORMATIONS DÉSIGNANT MON MANDATAIRE EFFECTIF POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE	<p>Je, _____, nomme _____, dont l'adresse est _____, et dont le(s) numéro(s) d'appel téléphonique est (sont): (domicile) _____ (mobile) _____ _____ en tant que mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.</p> <p>Je nomme _____ dont l'adresse est _____ et dont le(s) numéro(s) d'appel téléphonique est (sont): (domicile) _____ (mobile) _____ en tant que mon Mandataire Effectif Successeur pour les Soins de Santé Mentale.</p> <p>J'autorise mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, nommé par ce document, à recevoir des informations et à prendre des décisions en mon nom concernant mes besoins de soins et de traitement mentaux si et quand je suis établi dans l'incapacité de prendre mes propres décisions relatives à mes soins et à mon traitement mentaux. Mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale sera garant de plaider en mon nom pour les soins et le traitement mentaux qui assurent mon bien-être physique, émotionnel et spirituel.</p>
INFORMATIONS CONCERNANT MES DIRECTIVES ANTICIPATIVES POUR LES SOINS DE SANTÉ	<p>J'ai bien compris que ce document s'applique spécifiquement à mes besoins de soins et de traitement mentaux. Concernant mes besoins de soins médicaux généraux (cochez une mention ci-dessous):</p> <p><input type="checkbox"/> Tôt Je n'ai pas rempli à ce moment-ci de documents distincts de Procuration Permanente pour les Soins de Santé et/ou de Testament de Vie, et j'ai bien compris que mon décideur substitut pour les besoins de soins et de traitement généraux sera identifié parmi les personnes suivantes dans cet ordre: mon conjoint (ma conjointe), mes enfants adultes, mes parents, mes frères et soeurs, mon parent le plus proche.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai rempli des documents distincts de Procuration Permanente pour les Soins de Santé et/ou de Testament de Vie pour mes besoins de soins et de traitement généraux. Une copie se trouve: _____</p> <p><i>(Note: Il vous est loisible de demander à votre prestataire de soins médicaux des informations supplémentaires sur la manière de remplir les documents généraux de Procuration Permanente pour les Soins de Santé et/ou de Testament de Vie si vous ne l'avez pas encore fait).</i></p>
PORTÉE DE L'AUTORITÉ DE DÉCISION DE MON MANDATAIRE EFFECTIF	<p>Je donne des directives à mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale pour qu'il se conforme à mes instructions suivantes concernant mes besoins de soins et de traitement mentaux (cochez une des options suivantes):</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Je n'ai pas d'instructions spécifiques; mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale peut prendre en mon nom des décisions qu'il croit appropriées pour mes soins et mon traitement mentaux.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale peut en mon nom prendre des décisions basées sur mon Wellness Action Recovery Plan (WRAP) [Plan d'Action de Convalescence de Bien-Être] ou tout autre document semblable. Une copie de ce plan se trouve: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale peut en mon nom prendre des décisions basées sur le document annexé « Informations Supplémentaires pour les Soins et le Traitement Mentaux » (Supplemental Information for Mental Health Care and Treatment).</p>

INSTRUCTIONS À MON MANDATAIRE EFFECTIF POUR PARTAGER MES	<p>En plus des personnes énumérées ci-dessus, j'instruis mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale que l'on peut donner à la (aux) personne(s) suivante(s) des informations relatives à mes soins et à mon traitement mentaux :</p> <p><i>(Note: Les Installations médicales peuvent vous demander, à vous-même ou à votre Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale, de remplir des formulaires supplémentaires d'Autorisation HIPAA (HIPAA Authorization forms [Health Insurance Portability and Accountability Act / Avis sur les procédures de confidentialité]) en vue de divulguer vos Informations Médicales Protégées (Protected Health Information).</i></p> <hr/> <hr/>
MA SIGNATURE, EXPRIMANT LA COMPRÉHENSION ET LE CONSENTEMENT	<p>À SIGNER PAR LA PERSONNE QUI REMPLIT CE DOCUMENT (Obligatoire)</p> <p>J'ai lu ce document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale. J'ai bien compris qu'il permet à une autre personne de prendre en mon nom des décisions relatives à mes soins et à mon traitement mentaux quand je suis incapable de prendre ces décisions moi-même. J'ai également bien compris que je peux abroger ce document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale dans des circonstances définies par la loi d'État:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Pour les Résidents du Nebraska: Je peux abroger ce document quand j'ai la capacité de prendre mes propres décisions en le notifiant verbalement ou par écrit à mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale désigné dans ce document et à mon prestataire de soins mentaux. » For Iowa Residents: Je peux à tout moment abroger ce document en le notifiant verbalement ou par écrit à mon Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale désigné dans ce document et à mon prestataire de soins mentaux . <ul style="list-style-type: none"> • Facultatif pour les Résidents d'Iowa: <p>____ Ma paraphe ici indique que je veux être capable d'abroger ce document uniquement quand j'ai la capacité de prendre mes propres décisions de soins et de traitement mentaux.</p> <p>Nom en caractères d'imprimerie: _____ Date: _____</p> <p>Signature: _____</p>
PASSAGE EN REVUE DE CES INFORMATIONS AVEC MES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ MENTALE ET MON MANDATAIRE EFFECTIF POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE	<p>POUR MES MÉDECINS ET MON (MES) PRESTATAIRE(S) DE SOINS DE SANTÉ MENTALE (Recommandé)</p> <p>J'ai passé en revue ces informations avec la personne qui remplit ce document.</p> <p>Nom(s) en caractères d'imprimerie du (des) Prestataire(s) de soins mentaux et d'autres Médecins:</p> <p>_____</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p> <p>POUR MON MANDATAIRE EFFECTIF POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE (Recommandé)</p> <p>J'ai passé en revue ces informations avec la personne qui m'a désigné(e) comme Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.</p> <p>Nom en caractères d'imprimerie du Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale: _____</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p> <p>Nom en caractères d'imprimerie du Mandataire Effectif Successeur pour les Soins de Santé Mentale: _____</p> <p>Signature: _____ Date: _____</p>

OPTIONS DE NOTAIRE OU DE TÉMOIN

Pour que ce document soit légalement valide, vous devez remplir l'une des options ci-dessous.

Option 1 – Authentification notariale:

Cette option exige de la personne qui remplit ce document qu'elle fasse certifier conforme sa signature. Dans ce cas, la présence de témoins n'est pas requise.

État de _____. Comté de _____.

Ce ____ jour de _____, 20____, devant moi est personnellement venu(e) _____, personnellement connu(e) à moi comme la personne identique dont le nom est apposé au document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale ci-dessus en principe, et je déclare que (lui/elle) _____ reconnaît l'exécution du même acte être (lui/elle) _____ un acte et une action volontaires, et que je ne suis pas le Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale ni le Mandataire Successeur désigné par ce document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale.

Témoin ma main et mon sceau notarial à _____ (lieu d'authentification) dans tel comté les derniers jour et année écrits ci-dessus.

Notaire Public

Option 2 – Déclaration de Témoin:

Cette option exige de la personne qui remplit ce document que sa signature soit certifiée conforme par deux témoins adultes. Dans ce cas, l'authentification notariale n'est pas requise.

- » Pour les Résidents d'Iowa, chaque témoin doit avoir au moins 18 ans, et ne peut pas être le prestataire de soins qui traite le patient (la patiente) ni un(e) employé(e) du prestataire de soins qui traite le patient (la patiente) pour la personne qui remplit ce document. Un seul témoin peut avoir un lien de parenté avec la personne qui remplit ce document.
- » Pour les Résidents du Nebraska, chaque témoin doit avoir au moins 19 ans, et ne peut pas être le conjoint (la conjointe), le parent, l'enfant, le petit-enfant (la petite enfant), le frère ou la soeur, l'héritier présomptif (l'héritière présomptive) ni des légataires connus; ni un(e) employé(e) d'un prestataire d'assurance vie ou d'assurance maladie. En outre, pas plus qu'un témoin ne peut être un administrateur (une administratrice) ou un(e) employé(e) d'un prestataire de soins médicaux qui est en train de traiter la personne qui remplit ce document.

Nous déclarons que le (la) Mandant(e) (personne qui remplit ce document) nous est connu(e), que le (la) Mandant(e) a signé ou reconnu (sa) _____ signature sur ce document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale en notre présence, et que personne d'entre nous ni le médecin traitant du Mandant (de la Mandante) n'est la personne désignée comme le Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale dans ce document.

Cette section à remplir pour les Résidents du Nebraska seulement:

Nous affirmons également que (il/elle) _____ reconnaît l'exécution de ce document être (il/elle) _____ un acte et une action volontaires.

Cette section à remplir pour les Résidents du Nebraska et d'Iowa:

Nom en caractères d'imprimerie du Témoin 1: _____

Signature du Témoin 1: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie du Témoin 2: _____

Signature du Témoin 2: _____ Date: _____

Cette section à remplir pour les Résidents d'Iowa seulement, par au moins un des deux témoins:

Je déclare en outre sous peine de faux serment de par les lois de l'État d'Iowa que je ne suis pas lié(e) à la personne qui remplit ce document par sang, mariage ou adoption au troisième degré de consanguinité.

Signature du Témoin 1 ou 2: _____ Date: _____

Informations Supplémentaires Pour Mes Soins Et Mon Traitement Mentaux (Page 1 of 2)

Je, _____, aimerais fournir les informations suivantes à mon (mes) Mandataire(s) Effectif(s) pour les Soins de Santé Mentale, à mon (mes) prestataire(s) de soins médicaux et à d'autres médecins, et demande que ces informations soient suivies dans la mesure du possible quand on prend en mon nom des décisions relatives à mes soins et à mon traitement mentaux. J'ai bien compris que mes prestataires de soins médicaux feront de leur mieux pour se conformer à mes informations et à mes instructions dans les limites où ils sont techniquement, éthiquement et légalement capables de le faire, et aussi longtemps qu'ils ne risquent pas de me causer du tort à moi-même ou de causer du tort à d'autres dans l'opinion de mon (mes) Mandataire(s) Effectif(s) pour les Soins de Santé Mentale, de mon (mes) prestataire(s) de soins mentaux et d'autres médecins.

Informations portant sur les médicaments pour mes besoins de soins et de traitement mentaux:

Informations sur l'endroit (les endroits) où j'aimerais recevoir des soins pour mes besoins de soins et de traitement mentaux:

Informations sur les types de traitement que j'aimerais recevoir pour mes besoins de soins et de traitement mentaux (par exemple, options de groupe de thérapie, d'isolement et de contrainte, thérapie électroconvulsive):

Informations complémentaires qui peuvent être utiles quand on prend des décisions relatives à mes besoins de soins et de traitement mentaux (par exemple, choses que je trouve réconfortantes, activités que j'aime, choses qui ont tendance à m'énerver, choses qui m'ont aidé(e) dans le passé):

Autres informations relatives à mes besoins de soins et de traitement mentaux:

Informations Supplémentaires Pour Mes Soins Et Mon Traitement Mentaux (Page 2 of 2)

Je reconnais qu'il est important de discuter les informations contenues dans ce document avec les personnes qui seront impliquées dans le fait de prendre en mon nom des décisions relatives à mes besoins de soins et de traitement mentaux si je ne peux pas les prendre moi-même. À cause de cela, j'ai (cochez toute mention suivante qui s'applique à votre cas):

- Discuté ces informations avec mon (mes) Mandataire(s) Effectif(s) pour les Soins de Santé Mentale, qui est (sont):

- Discuté ces informations avec les médecins et les prestataires de soins mentaux suivants:

- Discuté ces informations avec les personnes suivantes (par exemple, des membres de famille, des amis ou des personnes à contacter en cas d'urgence qui peuvent être présents au moment où on prend en votre nom des décisions concernant vos soins et votre traitement mentaux):

Mon nom en caractères d'imprimerie: _____ Date: _____
Ma Signature: _____

POUR MES MÉDECINS ET MES PRESTATAIRES DE SOINS MENTAUX (Recommandé)

J'ai passé en revue ces informations avec la personne qui remplit ce document.

Nom(s) en caractères d'imprimerie du (des) Médecin(s) et/ou du (des) Prestataire(s) de Soins Mentaux: _____

Signature: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____

POUR MON MANDATAIRE EFFECTIF POUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE (Recommandé)

J'ai passé en revue ces informations avec la personne qui m'a désigné(e) comme Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale.

Nom en caractères d'imprimerie du Mandataire Effectif pour les Soins de Santé Mentale: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie du Mandataire Effectif Successeur pour les Soins de Santé Mentale: _____

Signature: _____ Date: _____

Veillez remplir les deux côtés de ce document

Person completing this form initial _____ Date: _____

Cartes De Portefeuille

Découpez et remplissez les cartes ci-dessous. Mettez une carte dans le portefeuille ou le sac que vous portez le plus souvent, avec votre permis de conduire ou votre carte d'assurance maladie. Vous pouvez garder la seconde carte sur votre réfrigérateur, dans le compartiment à gants de votre véhicule, dans un portefeuille ou un sac de réserve, ou dans un autre endroit facile à trouver.

Atn:
Prestataires De Soins De Santé
(Attn: Healthcare Providers)

J'ai produit les Directives Anticipatives suivantes:
(I have created the following Advance Directives)

Cochez un ou plus, selon que cela est approprié

Document de Directives Anticipatives pour mes soins de santé et mon traitement généraux *(Durable Power of Attorney for Health Care)*

_____ (PLIEZ ICI) _____

Acte de Testament de Vie *(Living Will Declaration)*

Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale *(Durable Power of Attorney for Mental Health Care)*

Autres/Other: _____

_____ (PLIEZ ICI) _____

Veuillez contacter (please contact):

(Nom/Name)

au _____ pour plus d'informations.
(Téléphone /Telephone) (for more information)

(Signature) (Date)

Atn:
Prestataires De Soins De Santé
(Attn: Healthcare Providers)

J'ai produit les Directives Anticipatives suivantes:
(I have created the following Advance Directives)

Cochez un ou plus, selon que cela est approprié

Document de Directives Anticipatives pour mes soins de santé et mon traitement généraux *(Durable Power of Attorney for Health Care)*

_____ (PLIEZ ICI) _____

Acte de Testament de Vie *(Living Will Declaration)*

Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale *(Durable Power of Attorney for Mental Health Care)*

Autres/Other: _____

_____ (PLIEZ ICI) _____

Veuillez contacter (please contact):

(Nom/Name)

au _____ pour plus d'informations.
(Téléphone /Telephone) (for more information)

(Signature) (Date)



1-800-253-4368
CHIhealth.com

