



Imagine better health.SM

Directives Anticipatives

French Advance Directives



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 nous engageons à entendre la voix de nos patients au cours de leurs soins. Nous savons qu'il y a des moments où nos patients ne peuvent pas prendre leurs propres décisions à cause de leur maladie ou de leur situation. À ces moments, les documents de Directives Anticipatives peuvent être des instruments utiles pour les personnes qui prennent des décisions de soins de santé et de traitement au nom du patient (de la patiente).

Cette brochure contient des informations et des formulaires pour remplir vos propres Directives Anticipatives de soins de santé générale. Pour remplir un document distinct de Directives Anticipatives pour les soins de santé mentale, visitez le site Web d'CHI Health (www.CHIhealth.com) ou adressez-vous à un membre de votre équipe de soins.

Si vous disposez déjà de documents de Directives Anticipatives, veuillez en informer votre médecin ou prestataire de soins de santé; ainsi, ils peuvent les examiner avec vous et mettre une copie des documents de vos Directives Anticipatives dans votre dossier.

Table des matières

Questions fréquemment posées concernant les Directives Anticipatives	Page 2
Documents de Directives Anticipatives	Page 7
Suggestions pour parler de Directives Anticipatives	Page 13
Exploration de vos valeurs et de vos préférences	Page 15
Références	Page 16
Cartes de poche de Directives Anticipatives	Page 17

Si vous avez des questions en lisant cette brochure, veuillez parler avec un membre de votre équipe de soins ou contacter le Centre d'Éthique d'CHI Health (CHI Health Ethics Center):

EthicsCenter@alegent.org ou 402-343-4476

Questions Fréquemment Posées Concernant Les Directives Anticipatives

Qu'est-ce que c'est que les documents de Directives Anticipatives?

Les documents de Directives Anticipatives sont:

- » Des documents légaux que vous pouvez remplir pour faire connaître à autrui vos préférences concernant vos besoins de soins de santé 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.
- » Elles vous permettent de donner des directives au sujet de vos soins de santé et de votre traitement futurs.

Dois-je remplir des documents de Directives Anticipatives en vue de recevoir des soins médicaux?

Non. Vous ne devez pas remplir les documents de Directives Anticipatives en vue de recevoir des soins médicaux. Le fait de remplir des documents de Directives Anticipatives avant de recevoir des soins médicaux peut aider l'équipe de soins de santé à savoir comment vous traiter à l'avenir.

Qui peut remplir les documents de Directives Anticipatives?

Toute personne adulte ou mineure émancipée munie de la capacité de prendre des décisions peut remplir les documents de Directives Anticipatives.

- » Si vous résidez en Iowa, adulte signifie que vous avez au moins l'âge de 18 ans.
- » Si vous êtes résident(e) du Nebraska, adulte signifie que vous avez au moins 19 ans ou que vous avez été marié(e).

Quel genre d'informations sont comprises dans les documents de Directives Anticipatives?

Les documents de Directives Anticipatives comprennent souvent des informations concernant vos préférences de soins de santé et de traitement, et qui vous aimeriez prendre des décisions de soins de santé et de traitement en votre nom si vous n'êtes pas capable de prendre des décisions pour vous-même. Parfois, les documents de Directives Anticipatives comprennent des informations sur des choses qui vous donnent du confort et sur des préférences relatives à votre traitement, particulièrement à la fin de votre vie.

Il y a trois types d'informations courants compris dans les documents de Directives Anticipatives:

- » **Procuration Permanente pour les Soins de Santé:** Informations concernant la personne que vous voulez qu'elle prenne des décisions des soins de santé et de traitement en votre nom quand vous ne pouvez pas le faire vous-même. Cette personne est connue comme votre décideur de substitution (ou votre « Mandataire effectif »).
- » **Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale:** Informations concernant la personne que vous souhaiteriez prendre des décisions en votre nom particulièrement pour vos besoins de soins de santé et de traitement mentaux. En général, si vous ne désignez personne pour prendre des décisions pour vos besoins de soins de santé et de traitement mentaux, la (les) personne(s) désignée(s) comme votre (vos) décideur(s) de substitution pour vos besoins de soins de santé et de traitement mentaux peut (peuvent) prendre ces décisions en votre nom.

Si vous voulez avoir des informations sur la manière de remplir un document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé Mentale, veuillez vous adresser à un membre de votre équipe de soins de santé ou contacter le Centre d'Étique d'CHI Health à EthicsCenter@alegent.org ou à 402-343-4476.

Décideur De Substitution

Le décideur de substitution endosse la responsabilité de:

- » Parler avec le médecin du patient (de la patiente) et d'autres membres de l'équipe de soins de santé pour avoir des informations concernant les options de soins de santé et de traitement.
- » Prendre des décisions qui reflètent le plus possible les valeurs du patient (de la patiente) (cela s'appelle le « jugement standard de substitution » pour la prise de décisions).
- » NE PAS prendre de décisions avec lesquelles le patient (la patiente) ne serait pas d'accord.

Traitement De Support De La Vie

(Telle que définie par la Loi d'État d'Iowa et du Nebraska)

Le traitement de support de la vie est défini comme n'importe quelle opération, traitement ou intervention médicale qui utilise des moyens mécaniques ou autres artificiels pour soutenir, restaurer ou supplanter une fonction vitale spontanée et quand cela s'applique à une personne qui se trouve en phase terminale ou dans un état végétatif continué ; ce traitement sert uniquement pour prolonger le processus de mort.

Phase Terminale

(Telle que définie par la Loi d'État d'Iowa et du Nebraska)

Une **phase terminale** est définie comme une phase incurable ou irréversible qui, sans l'administration d'opérations de soutien de la vie, aboutira à la mort dans un délai relativement court ; ou un **état d'inconscience permanente** à partir duquel il ne peut y avoir de rétablissement à un degré raisonnable de la certitude médicale.

État Végétatif Continué

(Tel que défini par la Loi d'État du Nebraska)

Un « état végétatif continué » est une condition médicale causée par une maladie, une lésion ou une affection caractérisée par une perte totale et irréversible de la conscience et de la capacité d'interaction cognitive avec l'environnement. Le patient (la patiente) est totalement inconscient (e) de sa personne, de son entourage, et dans une mesure raisonnable de certitude médicale, il ne peut pas y avoir de rétablissement.

opératrice) non membre de famille d'un établissement de soins communautaire où vous êtes patient(e) ou résident(e) ne peut pas être désigné(e) comme votre (vos) décideur(s) de substitution (votre « Mandataire Effectif »).

- » Un individu non membre de famille qui, au moment où vous remplissez vos documents de Directives Anticipatives, est présentement en train de prester comme un décideur de substitution (votre « Mandataire Effectif » pour dix personnes ou davantage ne peut pas être désignée comme votre décideur de substitution (votre « Mandataire Effectif »).

Pour les habitants d'Iowa et du Nebraska

- » Votre prestataire de soins traitant ne peut pas être désigné(e) comme votre décideur de substitution (votre « Mandataire Effectif »).
- » Un(e) employé(e) non membre de famille de votre prestataire de soins traitant ou de l'établissement où vous recevez les soins ne peut pas être désigné(e) comme votre décideur de substitution (votre « Mandataire Effectif »).

» Déclaration de Testament de Vie:

Informations concernant vos préférences pour les **traitements de support de la vie** et le traitement de la fin de la vie si vous vous trouvez dans une **phase terminale**, dans un **état végétatif continué**, ou dans un état d'inconscience permanente dont vous n'allez pas vraisemblablement vous rétablir.

Le formulaire de Directives Anticipatives contenu dans cette brochure combine la Procuration Permanente pour les Soins de Santé et la Déclaration de Testament de Vie dans un seul document pour votre convenance.

Qui puis-je désigner pour être mon (mes) décideur(s) de substitution?

Vous pouvez désigner toute personne (toutes les personnes) que vous aimeriez pour être votre (vos) décideur(s) de substitution (votre « Mandataire Effectif ») dans la mesure où elle(s) ne répond(ent) pas aux critères d'exclusion établis par la loi d'État. Cette personne ne doit pas être un(e) juriste.

Voici une liste de personnes qui ne peuvent pas être désignées dans votre document de Directives Anticipatives comme votre (vos) décideur(s) de substitution (votre « Mandataire Effectif »).

Pour les habitants du Nebraska uniquement

» Un(e) propriétaire ou un opérateur (une

Prenez En Considération Les Faits Suivants Au Moment De Choisir Un (Des) Décideur(S) De Substitution :

- » Allez-vous faire confiance à cette personne pour qu'elle prenne des décisions en votre nom ?
- » Cette personne sera-t-elle capable d'agir sur la base de vos valeurs, de vos croyances et de vos préférences au moment de prendre des décisions de soins de santé et de traitement ?
- » Cette personne va-t-elle plaider vigoureusement pour vos valeurs, vos croyances et vos préférences ?
- » Cette personne sera-t-elle disponible pour parler avec votre équipe de soins ?
- » Cette personne comprend-elle ce qui est important pour vous ?
- » Cette personne va-t-elle discuter maintenant avec vous de problèmes difficiles et écouter vos préférences ?
- » Cette personne sera-t-elle capable de gérer les opinions divergentes entre vos bien-aimés et l'équipe de soins ?

Qui prend des décisions en mon nom si je ne désigne pas de décideur(s) de substitution dans mon document de Directives Anticipatives ?

Si vous ne désignez pas de décideur(s) de substitution, vos médecins et d'autres prestataires de soins médicaux penseront aux personnes suivantes pour prendre des décisions concernant vos soins de santé :

- » Votre conjoint(e)
- » Vos enfants adultes (collectivement)
- » Vos parents
- » Vos frères et soeurs
- » Votre plus proche membre de famille suivant

Si vous aimeriez qu'une autre personne que celle située au niveau le plus haut sur cette liste prenne des décisions en votre nom, vous pouvez désigner cette personne comme votre décideur de substitution dans votre document de Directives Anticipatives.

Dans les États du Nebraska et d'Iowa, une Déclaration de Testament de Vie ne peut entrer en vigueur si une femme est enceinte et qu'il est probable que le fœtus se développe jusqu'au niveau d'une naissance viable avec l'application constante du traitement de soutien de la vie pour la femme.

Quand les Directives Anticipatives entrent-elles en vigueur ?

Les préférences que vous indiquez dans vos documents de Directives Anticipatives entrent en vigueur à une date spécifique notée dans vos Directives Anticipatives, ou quand votre médecin a déterminé que vous êtes incapable de prendre vos propres décisions de soins de santé, ou si votre médecin a déterminé que vous ne possédez pas la capacité de prendre des décisions. En outre, d'après la Loi d'Iowa et du Nebraska, une Déclaration de Testament de Vie n'entrera pas en vigueur avant que

En plus d'entretiens avec les prestataires de soins de santé et le(s) décideur(s) de substitution, il peut s'avérer utile de parler à d'autres membres de famille, à des amis et à des personnes à contacter en cas d'urgence au sujet de vos préférences de soins de santé et de traitement. Cela peut aider à la prévention de conflits qui peuvent surgir quand l'on prend des décisions concernant vos soins de santé et votre traitement en votre nom.

- 1) Votre médecin ou prestataire de soins de santé n'ait une copie de votre Déclaration de Testament de Vie ;
- 2) Votre médecin n'ait déterminé que vous vous trouvez dans une phase terminale ou dans un état végétatif continu, et que l'utilisation des opérations de soutien de la vie prolongeront uniquement votre mort ;
- 3) Votre médecin n'ait conclu que vous n'êtes plus capable de prendre vos propres décisions de soins de santé ; et
- 4) Votre médecin n'ait formellement informé votre (vos) décideur(s) de substitution, votre tuteur (tutrice), ou un membre de votre famille raisonnablement disponible de son intention de mettre en vigueur les préférences que vous avez énoncées dans votre Déclaration de Testament de Vie.

Comment mon médecin et d'autres prestataires de soins de santé et mon (mes) décideur(s) prendront-ils connaissance de mes documents de Directives Anticipatives et honoreront-ils mes préférences de soins de santé et de traitement ?

Il vous appartient de remettre à vos médecins ainsi qu'à votre (vos) décideur(s) de substitution une copie de vos documents de Directives Anticipatives ; ainsi ils peuvent prendre connaissance et honorer vos préférences de soins de santé et de traitement. Il vous appartient aussi de parler avec vos médecins et votre (vos) décideur(s) de substitution des informations contenues dans vos documents de Directives Anticipatives, notamment de vos valeurs, de vos croyances et de vos préférences personnelles. Les informations et les formulaires contenus dans cette brochure vous aideront pour ces entretiens.

Quand mon (mes) décideur(s) de substitution vont-ils prendre des décisions relatives aux soins de santé et au traitement en mon nom ?

À moins d'un avis contraire de votre part, votre (vos) décideur(s) de substitution ne vont prendre des décisions concernant les soins de santé et le traitement en votre nom qu'au moment où l'on a déterminé que vous ne pouvez plus prendre ces décisions pour vous-même.

Qui détermine si je suis capable de prendre mes propres décisions de soins de santé ?

Vos médecins et autres prestataires de soins de santé détermineront si vous êtes capable de comprendre et de prendre des décisions de soins de santé. Ils vont ensuite enregistrer ces informations dans votre dossier médical. Cela s'appelle « le fait de déterminer votre capacité de prendre des décisions ». S'ils déterminent que vous ne disposez pas de capacité de prendre des décisions, votre (vos) décideur(s) de substitution peut (peuvent) commencer à prendre des décisions en votre nom.

S'il y a un désaccord parmi vos prestataires de soins à propos de votre capacité de prendre des décisions, ils peuvent consulter un psychiatre ou un autre professionnel pour une assistance. Dans certains cas il est nécessaire de recourir à un juge pour déterminer votre capacité de prendre vos propres décisions.

Comment sais-je que mes préférences comprises dans mes documents de Directives Anticipatives seront honorées ?

Vos médecins et autres prestataires de soins de santé et décideurs de substitution feront tout pour respecter les préférences comprises dans vos documents de Directives Anticipatives.

Si l'on ne peut pas respecter vos préférences, votre équipe de soins explorera d'autres options avec vous-même ou votre (vos) décideur(s) de substitution, notamment le fait de transférer votre traitement à un autre prestataire ou à une autre organisation de soins de santé. Les raisons pour lesquelles l'on ne peut pas respecter vos Directives Anticipatives comprennent :

- » Le risque de vous faire du mal ou de faire du mal à autrui.
- » Les limites de ressources de l'organisation.
- » Des problèmes d'ordre légal ou éthique.

Vais-je encore recevoir des médicaments contre la douleur et d'autres symptômes si mes documents de Directives Anticipatives figurent dans mon dossier médical ?

À moins que vos documents de Directives Anticipatives ne déclarent une autre préférence, vos médecins et autres prestataires de soins de santé continueront à vous donner le traitement médical approprié pour affronter votre douleur et d'autres symptômes, et pour vous maintenir à l'aise.

Puis-je changer mes documents de Directives Anticipatives une fois qu'ils sont remplis et les préférences de traitement peuvent-elles changer ?

Vous pouvez modifier vos documents de Directives Anticipatives chaque fois que vos préférences de soins de santé et de traitement changent en mettant à jour vos documents actuels ou en remplissant de nouveaux documents. Rappelez-vous de donner des copies des documents de vos Directives Anticipatives à jour ou nouveaux à votre médecin ou à vos autres prestataires de soins de santé et à votre (vos) décideur(s) de substitution.

Est-ce que je peux révoquer ou annuler mes documents de Directives Anticipatives?

- » **Résidents d'Iowa:** Vous pouvez révoquer votre Testament de Vie et votre Procuration Permanente pour les Soins de Santé à tout moment compte non tenu de votre capacité de prendre des décisions *, en le signifiant verbalement ou par écrit à votre médecin ou à tout autre prestataire de soins de santé et à votre (vos) décideur(s) substitut(s).
- » **Résidents du Nebraska:** Vous pouvez révoquer votre Procuration Permanente pour les Soins de Santé uniquement quand vous possédez la capacité de prendre des décisions, et de n'importe quelle manière par laquelle vous êtes capable de communiquer votre intention de révoquer votre Procuration Permanente pour les Soins de Santé. Vous pouvez révoquer votre Testament de Vie à tout moment compte non tenu de votre capacité de prendre des décisions et de votre condition physique.*

Comme Vous Vous Préparez À Remplir Vos Directives Anticipatives :

- » Réfléchissez sur vos valeurs personnelles et spirituelles concernant votre vie et ces choses qui vous donnent un sens.
- » Considérez les types de soins de santé et de traitement que vous voudriez ou ne voudriez pas si vous êtes incapable de communiquer vos préférences.
- » Apprenez davantage sur les options de soins de santé et de traitement qu'on peut demander aux décideurs de substitution de considérer au cas où vous êtes incapable de prendre des décisions pour vous-même.
- » Consultez votre médecin et d'autres prestataires de soins de santé pour discuter de vos questions et partager vos valeurs, vos croyances et vos préférences relatives à vos soins de santé et à votre traitement.
- » Parlez à vos décideurs de substitution et à d'autres personnes proches de vous de vos valeurs, de vos croyances et de vos préférences de telle manière qu'ils puissent prendre des décisions avec lesquelles vous seriez d'accord.

Comme les lois d'État diffèrent, si vous vivez à temps partiel dans un autre État, vous pourriez vouloir envisager de remplir les documents des Directives Anticipatives qui satisfont aux exigences légales de cet État-là. Vérifiez avec des prestataires de soins de santé dans cet État pour des informations complémentaires.

**Les documents contenus dans cette brochure vous donnent l'option d'indiquer que vous voulez être capable de révoquer vos documents de Directives Anticipatives (Iowa) et votre Déclaration de Testament de Vie (Nebraska) uniquement quand vous possédez la capacité de prendre des décisions.*

Ai-je besoin d'un juriste/avocat pour préparer mes documents de Directives Anticipatives ?

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 Directives Anticipatives. Vous n'avez pas besoin de consulter un juriste/avocat pour remplir les documents de Directives Anticipatives compris dans cette brochure, dans la mesure où ils sont signés de vous-même et bénéficient de la caution d'un témoin ou d'un notaire appropriée. Toutefois, certaines personnes trouvent utile un juriste/avocat.

Qui peut me servir de témoin quand je remplis mes documents de Directives Anticipatives ?

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

- » **Pour les habitants d'Iowa :** Chaque témoin doit avoir au moins 18 ans, et ne peut pas être le prestataire de soins de santé traitant ni un(e) employé(e) du prestataire de soins de santé traitant pour la personne qui remplit les documents de Directives Anticipatives. Un témoin seulement peut avoir un lien de parenté avec la personne qui remplit les documents de Directives Anticipatives.
- » **Pour les habitants du Nebraska :** Chaque témoin doit avoir au moins 19 ans, et ne peut pas être le (la) conjoint(e), le parent, l'enfant, le grand-enfant, le frère ou la soeur, l'héritier présomptif (l'héritière présomptive) ni le légataire connu ; ni le médecin traitant de la personne qui remplit les documents de Directives Anticipatives ; ni la (les) personne(s) désignée(s) comme votre (vos) décideur(s) de substitution (votre Mandataire Effectif) dans vos documents de Directives Anticipatives ; ni un(e) employé(e) d'un fournisseur d'assurance-vie ou médicale. En outre, pas plus qu'un témoin ne peut être un administrateur ou un(e) employé(e) d'un prestataire de soins de santé qui vous traite.

Il serait préférable pour vous de faire ces documents bénéficier de la caution d'un Notaire officiel plutôt que de celle d'un témoin.

Après Avoir Rempli Vos Directives Anticipatives :

- » Parlez avec vos prestataires de soins de santé des informations que vous avez incluses dans vos documents de Directives Anticipatives.
- » Donnez des copies de vos documents de Directives Anticipatives à votre médecin ainsi qu'à d'autres prestataires de soins de santé et à votre (vos) décideur(s) de substitution.
- » Donnez des copies à d'autres personnes proches de vous qui peuvent soutenir les gens qui prennent des décisions en votre nom.
- » Amenez une copie de vos documents de Directives Anticipatives si vous allez être internée à l'hôpital.
- » Gardez vos documents originaux de Directives Anticipatives dans un endroit sûr.
- » Examinez périodiquement vos documents de Directives Anticipatives pour vous rassurer qu'ils reflètent vos préférences de soins de santé et de traitement actuelles.

Comme Alegent Creighton Health est une organisation des soins de santé catholique, est-ce que mes médecins pourront être à même d'honorer mes Directives Anticipatives?

En tant qu'une organisation des soins de santé catholique, CHI Health est obligée de suivre les Directives Éthiques et Religieuses pour les Services de Soins de Santé Catholiques [Ethical and Religious Directives for Catholic Healthcare Services (les "ERD")]. Les "ERD" sont une série de directives élaborées par la Conférence des Évêques Catholiques des États-Unis pour orienter les soins de santé dans une voie qui est alignée avec les enseignements catholiques. Le développement des Directives Anticipatives est abordé dans les "ERD" de la manière suivante:

Directive # 27 : Conformément à la loi fédérale, une institution de soins de santé catholique mettra à la disposition des patients des informations relatives à leurs droits, en vertu des lois de leur état, en vue d'établir une directive anticipative pour leur traitement médical. Toutefois, l'institution n'honorera pas de directive anticipative contraire à l'enseignement catholique. Si la directive anticipative entre en conflit avec l'enseignement catholique, on devrait fournir une explication sur la raison pour laquelle la directive ne peut pas être honorée.

DOCUMENT DE DIRECTIVES ANTICIPATIVES (Page 1 de 4)

INFORMATIONS CONCERNANT MON (MES) DÉCIDEUR(S) DE SUBSTITUTION	<p>Je, _____, désigne _____, dont l'adresse est _____, et dont le(s) numéro(s) de téléphone est (sont): (domicile) _____ (mobile) _____ en tant que mon décideur de substitution, connu dans ce document comme mon "Mandataire Effectif pour les soins de santé".</p> <p>Je désigne _____ dont l'adresse est _____ et dont le(s) numéro(s) de téléphone est (sont): (domicile) _____ (mobile) _____ en tant que mon décideur de substitution successeur (connu dans ce document comme mon "Mandataire Effectif pour les soins de santé") si la personne désignée ci-dessus est indisponible ou n'est pas disposée à prendre des décisions en mon nom.</p> <p>J'autorise ces individus à recevoir des informations et à prendre des décisions de soins de santé et de traitement en mon nom si et quand il est déterminé que je suis incapable de prendre mes propres décisions. Je leur donne la responsabilité de plaider en ma faveur pour les soins de santé et le traitement qui représentent mes valeurs, mes croyances et mes préférences et assurent mon bien-être.</p>
ÉTENDUE DE PRISE DE DÉCISIONS DE SUBSTITUTION	<p>J'ai bien compris que ce document de Directives Anticipatives s'applique particulièrement à mes besoins de soins de santé et de traitement généraux. Quant à mes besoins de soins de santé et de traitement mentaux (cochez la mention utile ci-dessous):</p> <p><input type="checkbox"/> Je <u>n'ai pas</u> rempli à ce moment-ci de documents de Directives Anticipatives distincts pour mes besoins de soins de santé et de traitement mentaux et instruis les individus désignés ici pour qu'ils prennent des décisions pour mes besoins de soins de santé et de traitement mentaux.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai rempli des documents distincts de Directives Anticipatives pour mes besoins de soins de santé et de traitement mentaux. Une copie en est placée: _____.</p> <p><i>(Note: Contactez un membre de votre équipe de soins de santé si vous voulez des informations concernant la manière de remplir les Directives Anticipatives.)</i></p>
PARTAGE DE MES INFORMATIONS	<p>En plus des individus énumérés ci-dessus, je donne aux personnes suivantes ma permission pour qu'on leur livre des informations relatives à mes soins de santé et à mon traitement:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>(Note: À cause des lois de la confidentialité, les établissements de soins de santé peuvent avoir besoin de remplissage de formulaires d'Autorisation HIPAA supplémentaires pour divulguer vos Informations Médicales Protégées.)</i></p>
INSTRUCTIONS SUPPLÉMENTAIRES	<p>J'instruis mon (mes) décideur(s) de substitution; mes médecins et autres prestataires de soins de santé pour qu'ils se conforment aux directives suivantes concernant mes besoins de soins de santé et de traitement (cochez une des options suivantes):</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'instructions spécifiques et instruis seulement que les décisions prises en mon nom reflètent mes valeurs, mes croyances et mes préférences.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai des instructions spécifiques comprises dans les informations supplémentaires que j'ai données dans ce document de Directives Anticipatives, et instruis que ces instructions soient tenues en considération quand l'on prend des décisions de soins de santé et de traitement en mon nom.</p>

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

DOCUMENT DE DIRECTIVES ANTICIPATIVES (Page 2 de 4)

LIVING WILL DECLARATION

J'ai bien compris que cette section de ce document des Directives Anticipatives est une Déclaration de Testament de Vie qui informe mon médecin ou autres prestataires de soins de santé et mon (mes) décideur(s) de substitution de mes préférences concernant les traitements et opérations de soutien de la vie.

Veillez choisir parmi les options suivantes:

- Je choisis de **NE PAS** remplir le document de Directives Anticipatives à ce moment-ci, et instruis mon médecin, d'autres prestataires de soins de santé et mon (mes) décideur(s) de substitution pour qu'ils prennent des décisions concernant les traitements et opérations de soutien de vie qu'ils croient appropriées et conformément à mes valeurs, mes croyances et mes préférences.
- Je choisis de remplir à ce moment-ci la Déclaration de Testament de vie suivante.

Veillez choisir une des options suivantes :

- Pour les habitants d'Iowa:** J'instruis que mon médecin et toute personne chargée de la responsabilité de mes soins soient guidés par cette expression de mes souhaits. S'il arrive que je me trouve dans un état incurable ou irréversible qui aboutira à la mort dans un délai relativement court ou à un état d'inconscience permanente à partir duquel, dans une mesure raisonnable de certitude médicale, il ne peut y avoir de rétablissement, c'est mon désir que ma vie ne soit pas prolongée par l'administration d'opérations de soutien de vie. Si je suis incapable de participer à mes décisions de soins de santé, j'instruis mon médecin traitant pour qu'il retienne ou retire les opérations de soutien de vie qui peuvent prolonger le processus de mort et ne sont pas nécessaires à mon confort ou à mon abri de la douleur.
- Pour les habitants du Nebraska:** J'instruis que mon médecin et toute personne chargée de la responsabilité de mes soins soient guidés par cette expression de mes souhaits. S'il arrive que je tombe dans un état végétatif continu ou me trouve dans un état incurable et irréversible qui, sans l'administration d'un traitement de soutien de la vie, va, selon l'opinion de mon médecin traitant, causer ma mort dans un délai relativement court et que je ne suis plus capable de prendre des décisions concernant mon traitement médical, j'instruis mon médecin traitant, conformément au Décret du Malade de phase terminale, pour qu'il retienne ou retire le traitement de soutien de la vie qui n'est pas nécessaire à mon confort ou à l'allègement de la douleur.
- Pour n'importe qui:** Je voudrais partager les informations suivantes concernant mes préférences pour les traitements et opérations de soutien de la vie en tant que ma Déclaration de testament de Vie.

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

DOCUMENT DE DIRECTIVES ANTICIPATIVES (Page 3 de 4)

MA DÉCLARATION DE LA COMPRÉHENSION, CONSENTEMENT & SIGNATURE

DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION

J'ai lu ce document de Directives Anticipatives et bien compris qu'il réalise l'un des faits ou les deux faits suivants:

- » Permet aux individus que j'ai désignés comme mon (mes) décideur(s) de substitution (mon "Mandataire Effectif") de prendre des décisions en mon nom si je n'ai pas la capacité de le faire pour moi-même.
- » Donne des informations concernant mes préférences de soins de santé et de traitement.

J'ai également bien compris que je peux changer ou révoquer ces documents de Directives Anticipatives dans les circonstances suivantes:

- » **Pour les Résidents du Nebraska:** Je peux changer ou révoquer mon document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé à tout moment où je possède la capacité de prendre des décisions, et de n'importe quelle manière par laquelle je suis capable de communiquer mon intention de le révoquer. Je peux changer ou révoquer ma Déclaration de Testament de Vie à tout moment compte non tenu de ma capacité de prendre des décisions ou de ma condition physique* en le notifiant à mon (mes) décideur(s) substitut(s) et à mon médecin ou à un autre prestataire de soins de santé.

*Facultatif pour les Résidents du Nebraska:

___ Mes Mes initiales (mon paraphe) indique(nt) ici que je veux être capable de révoquer mon document de Déclaration de Testament de Vie uniquement quand je possède la capacité de prendre des décisions.

- » **Pour les Résidents d'Iowa:** Je peux révoquer et mon document de Procuration Permanente pour les Soins de Santé et celui de Testament de Vie en le notifiant à mon (mes) décideur(s) substitut(s) (mon "Mandataire Effectif") et mon médecin ou un autre prestataire de soins de santé à tout moment compte non tenu de ma capacité de prendre des décisions.*

*Facultatif pour les habitants d'Iowa:

___ Mes initiales (mon paraphe) indique(nt) ici que je veux être capable de révoquer mes documents de Procuration Permanente et de Déclaration de Testament de Vie uniquement quand je possède la capacité de prendre des décisions.

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CE DOCUMENT (Obligatoire)

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

EXAMEN DE MES DOCUMENTS DE DIRECTIVES ANTICIPATIVES

SIGNATURES DE MON MÉDECIN ET D'UN AUTRE (D'AUTRES) PRESTATAIRE(S) DES SOINS DE SANTÉ (Recommandé)

J'ai examiné les informations contenues dans ce document de Directives Anticipatives.

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

SIGNATURES DE MON (MES) DÉCIDEUR(S) DE SUBSTITUTION (MON "MANDATAIRE EFFECTIF") (Recommandé)

J'ai examiné les informations contenues dans ce document de Directives Anticipatives.

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

Nom en caractères d'imprimerie: _____

Signature: _____ Date: _____

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

DOCUMENT DE DIRECTIVES ANTICIPATIVES (Page 4 de 4)

NOTARY OR WITNESS STATEMENT OF UNDERSTANDING, AGREEMENT AND SIGNATURE

OPTIONS DU NOTAIRE OU DU TÉMOIN (OBLIGATOIRE)

Pour que ce document soit valide, vous devez remplir UNE des deux options ci-dessous.

Option 1 – Authentification notariale:

Cette option exige que la personne qui remplit ce document fasse authentifier sa signature. Dans ce cas, les signatures des témoins ne sont pas nécessaires.

État de _____ . Comté de _____ . Le ____ jour du mois de _____, 20____
, devant moi est personnellement venu(e) _____, personnellement connu(e)
à moi comme étant la personne identique dont le nom est attaché à ce document de Directives Anticipatives
en principe , et je déclare qu'il (elle) reconnaît l'exécution du même document comme son acte et son action
volontaires , et que je ne suis pas le mandataire Effectif pour les soins de santé ni le Mandataire Effectif ayant
droit pour les soins de santé désigné par ce document de Directives Anticipatives. Témoin ma main et mon
sceau notarial à (lieu d'authentification) dans tel comté le jour et l'année écrits ci-dessus en dernier lieu.

Signature du Notaire Public

Option 2 – Déclaration des Témoins :

Cette option exige que la personne qui remplit ce document cautionne ce document par la présence de deux témoins adultes qui satisfont aux indications d'État énumérées ci-bas. Dans ce cas, l'authentification notariale n'est pas nécessaire.

- » **Pour les habitants d'Iowa:** Chaque témoin doit avoir au moins 18 ans, et ne peut pas être le prestataire de soins de santé traitant pour la personne qui remplit ce document. Seulement un témoin peut avoir un lien de parenté avec la personne qui remplit ce document.
- » **Pour les habitants du Nebraska:** Chaque témoin doit avoir au moins 19 ans, et ne peut pas être le conjoint (la conjointe), le parent, l'enfant, le grand-enfant, le frère ou la soeur, l'héritier présomptif (l'héritière présomptive) ni le légataire connu; ni le médecin traitant de la personne qui remplit ce document ; ni la personne désignée en tant que le Décideur de substitution (Mandataire Effectif) dans ce document ; ni un(e) employé(e) d'un fournisseur d'assurance vie ou médicale pour la personne qui remplit ce document. En outre, pas plus qu'un témoin ne peut être un administrateur ou un(e) employé(e) d'un prestataire de soins de santé qui est en train de traiter la personne qui remplit ce document.

Nous déclarons:

- » Que la personne qui remplit ce document nous est connue.
- » Que la personne qui remplit ce document a signé et reconnu sa signature sur ce document de Directives Anticipatives en notre présence.
- » Que nous satisfaisons aux indications pour les témoins conformément à la loi d'État énoncée ci-haut.

Cette section à remplir par les témoins des deux États 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 1: _____ Date: _____

Cette section à remplir par au moins un des témoins des habitants d'Iowa seulement:

Je déclare en outre sous peine de faux serment sous les lois de l'État d'Iowa que je n'ai pas avec la personne qui remplit ce document de lien de parenté par voie de sang, de mariage ou d'adoption dans le troisième degré de consanguinité (lien).

Signature du Témoin 1 et/ou 2: _____ Date: _____

Cette section à remplir par les habitants du Nebraska seulement:

Nous affirmons aussi qu'il (elle) reconnaît l'exécution de ce document de Directives Anticipatives comme étant son acte et son action volontaires.

Signature du Témoin 1: _____ Date: _____

Signature du Témoin 2: _____ Date: _____

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

Informations Supplémentaires Concernant Mes Préférences De Soins De Santé Et De Traitement (Page 1 De 2)

Je, _____, voudrais fournir les informations supplémentaires suivantes à mon (mes) décideur(s) de substitution (mon « Mandataire Effectif »), à mon médecin et à aux autres prestataires de soins de santé, et demander que ces informations soient tenues en considération lorsqu'on prend des décisions de soins de santé et de traitement en mon nom. J'ai bien compris qu'ils feront de leur mieux pour se conformer à ces informations dans les limites de leur capacité technique, éthique et légale ; et dans la mesure où de pareilles décisions ne risquent pas de causer du tort à ma propre personne ou à d'autres.

Informations générales que j'aimerais que vous connaissiez à propos de moi:

Informations concernant la gestion des symptômes et le contrôle de la douleur: *(c'est-à-dire ma définition de la gestion de la douleur adéquate ; l'équilibre entre l'éveil et le contrôle de la douleur/des symptômes ; les choses que je trouve efficaces pour le traitement de ma douleur et d'autres symptômes)*

Informations concernant la nourriture et la nutrition: *(c'est-à-dire les aliments et les boissons que j'aime, mes préférences concernant la nutrition et l'hydratation d'assistance médicale, ou « la nutrition par voie de tube »)*

Informations concernant d'autres préférences de soins de santé et de traitement : *(c'est-à-dire des thérapies de courtoisie comme le massage, la thérapie d'arôme ou la méditation)*

Informations concernant l'endroit où j'aimerais recevoir les soins au moment de la fin de ma vie: *(c'est-à-dire à la maison, dans un hôpital, dans un établissement de soins spécifique de la part d'une équipe d'hospice)*

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

Informations Supplémentaires Concernant Mes Préférences De Soins De Santé Et De Traitement (Page 2 De 2)

Informations concernant les traitements de soutien de la vie qui peuvent prolonger le processus de la mort: *(c'est-à-dire le support de ventilation à long terme pour m'aider à respirer, les antibiotiques pour le traitement d'infections telles que la pneumonie)*

Choses qui m'apportent du confort *(c'est-à-dire les prières ou les lectures religieuses que j'aime, les photos de mes bien-aimés, une couverture ou une pièce d'habit spéciales, de la musique ou des histoires favorites, personnes et choses dont j'aimerais l'entourage)*

Instructions spécifiques concernant:

La donation d'organe, de tissu, d'oeil et de corps: _____

Les préférences d'autopsie: _____

Les préférences d'inhumation et d'incinération: _____

Les arrangements de funérailles / La messe de souvenir: _____

Je reconnais qu'il est important de discuter les informations contenues dans ce document avec les gens qui vont être impliqués dans la prise de décisions relatives à mes besoins de soins de santé et de traitement si je ne peux pas prendre de décisions pour moi-même. À cause de cela, *(cochez toute mention suivante qui s'applique):*

J'ai discuté ces informations avec mon (mes) décideur(s) de substitution: _____

J'ai discuté ces informations avec les médecins et autres prestataires de soins de santé suivants : _____

J'ai discuté ces informations avec les personnes suivantes *(c'est-à-dire autres membres de famille, amis, ou personnes à contacter en cas d'urgence qui peuvent être présentes au moment où l'on prend des décisions en mon nom):*

Rassurez-vous que vous attachez des copies de ce formulaire d'informations supplémentaires à vos documents de Directives Anticipatives et que vous donnez des copies de ces informations supplémentaires à votre médecin, à votre (vos) décideur(s) de substitution et à d'autres prestataires de soins de santé.

Initiales/Paraphe de la personne remplissant ce formulaire _____ Date: _____

Suggestions Pour Parler De Directives Anticipatives

C'est important de parler avec votre médecin, d'autres prestataires de soins de santé, votre (vos) décideur(s) de substitution et d'autres personnes proches de vous de vos préférences de soins de santé et de traitement. Les tuyaux ci-bas peuvent être utiles quand vous commencez ces discussions.

En Parlant Avec Votre (Vos) Décideur(S) De Substitution Et D'autres Personnes Proches De Vous

Quand vous parlez avec votre (vos) décideur(s) de substitution et d'autres personnes proches de vous, essayez de commencer avec ces outils de début d'entretien:

- » Nous n'avons jamais parlé de mes préférences de soins de santé et de traitement, et j'ai peur que vous ne connaissiez pas le genre de traitement que je veux. Je ne veux pas être stressée si vous devez prendre des décisions pour moi ; ainsi j'ai couché mes préférences sur papier et je veux les discuter avec vous.
- » Mon médecin dit que ma maladie n'est pas curable. Je veux décider la prochaine étape et la nature de mes soins. Parlons de mes préférences.
- » Depuis qu' (un membre de famille ou un ami proche) est mort, je pense à ce que je veux comme j'arrive à la fin de ma vie. Je sais qu'il est difficile d'en parler, mais je voudrais que vous connaissiez mes préférences de soins de santé et de traitement. C'est un cadeau que je veux vous donner, ainsi vous ne devez pas deviner ce que je pourrais préférer.
- » Vous savez, plus on vieillit, plus on songe aux choses qu'on doit mettre en ordre. Pour moi, les soins de santé constituent une de ces choses. J'ai beaucoup pensé à ceci et rempli un document de Directives Anticipatives qui dit à mes médecins et à mon (mes) décideur(s) de substitution le genre de soins et de traitement que je préfère. Je veux parcourir ceci avec vous de manière que vous puissiez aider à prendre des décisions sûres façonnées dans la voie que je préférerais.

En Parlant Avec Votre Médecin Et D'autres Prestataires De Soins De Santé

Quand vous discutez vos préférences de soins de santé et de traitement avec votre médecin et d'autres prestataires de soins de santé, rassurez-vous que:

- » Vous demandez une explication des options de soins de santé et de traitement d'apparence confuse.
- » Vous parlez des options de contrôle de la douleur.
- » Vous informez votre médecin que vous êtes en train de remplir vos documents de Directives Anticipatives.
- » Rassurez-vous que votre médecin et vos prestataires de soins de santé sont disposés à honorer vos préférences de soins de santé et de traitement et à explorer des options s'ils sont incapables d'honorer vos préférences pour des raisons quelconques d'ordre légal, éthique ou personnel.
- » Vous fournissez une copie de vos documents de Directives Anticipatives remplis.

Questions que vous pouvez souhaiter poser à votre médecin et à d'autres prestataires de soins de santé:

- » Allez-vous parler ouvertement et candidement avec moi et ceux qui me sont proches de ma maladie et de mes options de soins de santé et de traitement?
- » Quelles décisions de soins de santé et de traitement devront être prises, et quels genres de recommandations allez-vous donner pour nous aider, moi et ceux qui me sont proches, à prendre ces décisions?
- » Qu'allez-vous faire si j'ai beaucoup de douleur ou d'autres symptômes de malaise?
- » Allez-vous m'informer si le traitement cesse de fonctionner de telle manière que ma famille et moi-même puissions prendre des décisions appropriées pour le traitement à la fin de ma vie?

En Parlant Avec Autrui De Ses Préférences De Soins De Santé Et De Traitement

Même si vous avez tout fait pour communiquer vos préférences de soins de santé et de traitement, vous pouvez vous retrouver vous-même dans une situation où vous avez besoin de parler avec ceux qui vous sont proches de leurs préférences de soins de santé et de traitement. Quand vous souhaiteriez parler avec quelqu'un(e) de la manière dont il (elle) remplit ses propres documents de Directives Anticipatives, envisagez les faits suivants:

- » **Choisissez un cadre approprié:** Envisagez de tenir l'entretien dans un endroit calme, confortable où vous pouvez parler dans l'intimité et à l'abri de distraction.
- » **Demandez la permission:** Le fait de demander la permission pour discuter ce sujet montre que vous respectez les pensées de l'autre personne, et que vous êtes prêt(e) à écouter ses préférences de soins de santé et de traitement. Voici quelques moyens de demander la permission:
 - » "Je voudrais parler avec vous de la manière dont vous souhaiteriez qu'on s'occupe de votre personne si vous tombez fort malade. Cela vous arrange-t-il?"
 - » "Si un jour vous tombiez malade, j'aurais peur de ne pas savoir le genre de soins que vous souhaiteriez. Pouvons-nous en parler à présent? Je me sentirais mieux si nous le faisons."
- » **Sachez à quoi vous attendre:** Gardez à l'esprit le fait que vous avez initié cet entretien parce que vous vous souciez du bien-être de l'autre personne. Ces entretiens sont souvent pénibles à tenir. Permettez à l'autre personne de donner le ton. Essayez de vous concentrer sur la façon de maintenir un air chaleureux et bienveillant au long de l'entretien en faisant montre de votre intérêt, de votre amour et de votre préoccupation.

Notes

EXPLORATION DE VOS VALEURS ET DE VOS PRÉFÉRENCES

Le fait de répondre à ces questions peut s'avérer utile comme vous vous apprêtez à formuler vos préférences de soins de santé et de traitement connues à travers un document de Directives Anticipatives.

Comment est-ce que je veux que l'on se souviene de moi?

De quels souvenirs est-ce que je veux que les autres soient informés?

Quels événements de la vie m'ont rendu(e) fier (fière) et donné le plus de joie ?

Quels événements de la vie m'ont causé la tristesse ou le regret ?

Qu'est-ce qui donne un sens à ma vie? Qu'est-ce qui est important pour moi?

Qu'y a-t-il d'important pour les autres à savoir à propos de mes préférences spirituelles et religieuses?

Qu'est-ce qui m'effraie sur le fait de tomber gravement malade ou de mourir ?

Quels problèmes est-ce que j'éprouve à prendre des décisions pour moi-même à la fin de ma vie ?

Qu'est-ce qui me procure du confort?

Quel genre de soins est-ce que je veux si je tombe gravement malade ou si j'affronte la fin de ma vie ?

Si je pouvais le programmer aujourd'hui, à quoi ressemblerait le dernier jour ou la dernière semaine de ma vie ?

Références

- American Bar Association. (2011). ABA Commission on Law and Aging Tool: How to Select Your Health Care Agent or Proxy. Extrait le 20 juin 2011 de http://www.americanbar.org/groups/law_aging/resources/consumers_toolkit_for_health_care_advance_planning.html.
- Center for Practical Bioethics. (2012). Caring Conversations: Making Your Healthcare Wishes Known. Extrait le 25 juin 2012 de <http://www.practicalbioethics.org/resources/caring-conversations.html>.
- Harrold, J. & Lynn, J. (1999). *The Handbook for Mortals: Guidelines for People Facing Serious Illness*. Oxford University Press: New York, NY.
- Iowa Legislature. (2011). Iowa State Statute 144A-1 Life-sustaining Procedures Act. Extrait le 20 juin 2011 de <http://search.legis.state.ia.us/NXT/gateway.dll?f=templates&fn=default.htm>.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (2010). Caring Connections: How to Talk with Your Healthcare Provider. Extrait le 20 juin 2011 de <http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3281>.
- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO). (2011). Caring Connections: Talking with Others about their End-of-Life Wishes. Extrait le 20 juin 2011 de <http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3282>.
- Nebraska Legislature. (2011). Nebraska Revised Statute 30-3402 Terms Defined. Extrait le 20 juin 2011 de <http://nebraskalegislature.gov/laws/statutes.php?statute=30-3402>.
- Nebraska Legislature. (2012). Nebraska Revised Statute 30-2209: General Definitions. Extrait le 25 juin 2012 de <http://www.legislature.ne.gov/laws/statutes.php?statute=30-2209>.

Cartes De Portefeuille

Découpez et remplissez les cartes ci-dessous. Pliez les cartes de la moitié et mettez une carte dans le portefeuille ou le sac que vous portez souvent, ensemble avec votre permis de conduire ou votre carte d'assurance médicale. Vous pouvez garder les autres cartes sur votre réfrigérateur, dans le compartiment à gants de votre véhicule, dans un portefeuille ou un sac de réserve, ou à 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 (Advance Directives for General Healthcare and Treatment)

_____ (PLIEZ ICI)

_____ Document de Directives Anticipatives pour mes soins de santé et de traitement mentaux (Advance Directives for Mental Healthcare and Treatment)

_____ Autre/Other: _____

_____ (PLIEZ ICI)

Veillez 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 (Advance Directives for General Healthcare and Treatment)

_____ (PLIEZ ICI)

_____ Document de Directives Anticipatives pour mes soins de santé et de traitement mentaux (Advance Directives for Mental Healthcare and Treatment)

_____ Autre/Other: _____

_____ (PLIEZ ICI)

Veillez contacter (please contact):

_____ (Nom/Name)

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

_____ (Signature) _____ (Date)

Notes



1-800-253-4368
CHIhealth.com