

# Formulaire Directive préalable en matière de soins de santé

Date     
                  JOUR          MOIS          ANNÉE  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Assurance-maladie \_\_\_\_\_

## Ceci est ma directive de soins de santé :

Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Je révoque les directives précédentes sur les soins de santé.

## Partie 1 – Désignation d'un mandataire en matière de soins de santé (facultatif)

Par la présente, je désigne les personnes suivantes  
comme mandataires en matière de soins de santé.

**Mandataire :** Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Si mon mandataire est incapable, ne veut pas ou n'est pas disponible pour prendre  
une décision en matière de soins de santé, je désigne les personnes suivantes  
à contacter comme mandataire alternatif:

**Mandataire alternatif :** Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**Mandataire alternatif :** Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**OU**

**Aucun mandataire nommé**

Je ne souhaite pas nommer un mandataire, mais j'ai fourni des instructions  
pour les décisions de traitement dans la partie 2.

*Une directive sur les soins de santé est également valide, que vous utilisiez ou non ce formulaire.*

**Partie 2 – Instructions de traitement** (Facultatif: ignorez cette partie si vous ne souhaitez pas fournir d'instructions de traitement)

Je donne les instructions suivantes aux professionnels de la santé et/ou à mes mandataires concernant le traitement que je souhaite ou ne souhaite pas recevoir, et les circonstances dans lesquelles je souhaite ou ne souhaite pas le recevoir.

Mon mandataire peut prendre des décisions à l'égard de mes soins de santé en mon nom lorsque je suis incapable de le faire moi-même :

sans restrictions     avec restrictions comme suit :

## Partie 3 - Valeurs et croyances

J'exprime l'énoncé suivant de mes valeurs, convictions et souhaits en termes généraux pour guider la prise de décision par les fournisseurs de soins de santé et mon mandataire (si j'ai choisi de nommer un mandataire).

### **Notification (facultatif)** [Joindre une page supplémentaire si nécessaire]

S'il est déterminé que je ne suis pas capable de prendre une décision en matière de soins de santé et que cette directive sur les soins de santé entre en vigueur, je souhaite que les personnes suivantes soient informées:

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

## Partie 4 – Signature et date

Votre directive préalable sur les soins de santé est complète lorsque vous la signez en présence de votre témoin. Si vous êtes incapable de signer, un remplaçant peut signer à votre place.

Le remplaçant doit signer en votre présence et en présence d'un témoin. Le mandataire ou son époux ou conjointe de fait ne peuvent être le remplaçant ou le témoin.

Nom du remplaçant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Signature du remplaçant \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Date

JOUR

MOIS

ANNÉE

## Témoin

La directive doit être signée par un témoin âgé d'au moins 19 ans.

Nom du témoin \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Date

JOUR

MOIS

ANNÉE

