



**HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF – SIR MORTIMER B. DAVIS**  
**SIR MORTIMER B. DAVIS – JEWISH GENERAL HOSPITAL**  
3755, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 1E2  
Tél.:(514) 340-8278 • courriel: ethicspa@her.jgh.mcgill.ca

# *Directives médicales anticipées*

## **INTRODUCTION**

Ce document a été créé pour vous aider à préparer votre testament de vie. L'objectif de ces directives médicales anticipées est de faire connaître vos désirs quant aux décisions qui doivent être prises en regards de vos soins de santé si vous êtes gravement malade et inapte à le faire.

Les directives médicales anticipées peuvent faciliter les échanges avec votre médecin et les membres de votre famille en regard des traitements que vous désirez subir et des soins que vous aimeriez recevoir, incluant ceux qui vous maintiendraient en vie par des moyens artificiels. Ces échanges sont importants puisqu'ils permettent à la personne qui prendra les décisions à votre place, le mandataire, de comprendre vos choix et les sentiments qui les ont motivés. La participation active d'un médecin que vous connaissez et en qui vous avez confiance vous permettra de poser des questions et de vous renseigner afin de prendre des décisions plus éclairées. Nous vous recommandons fortement de poser autant de questions que le vous jugerez nécessaire afin d'éliminer toute confusion ou incertitude. Ainsi, le moment venu, on respectera vos décisions de fin de vie en tenant compte de vos valeurs. Les soins de fin de vie sont habituellement palliatifs; ils sont axés non pas sur la guérison, mais sur le confort et la dignité.

Préparer votre mandat et le tenir à jour pourrait alléger le fardeau de votre famille et des personnes qui vous soignent et qui devront prendre les décisions concernant vos traitements de fin de vie. Il est important pour vous de savoir que ceux en qui vous avez placé votre confiance feront le nécessaire. Ils ont besoin que vous leur indiquiez les bonnes décisions à prendre.

Au cours des prochaines pages, vous serez invité à indiquer vos préférences selon différents scénarios. Pour vous faciliter la tâche, nous avons joint au document un lexique détaillé des termes employés. Le but de ce lexique est de vous renseigner le mieux possible et de vous inciter à poser les questions suscitées par la lecture du document.

Nous vous serions reconnaissants de nous faire part de vos impressions sur le document et de votre expérience quant à la préparation de vos directives médicales anticipées. Veuillez les adresser à :

D<sup>r</sup> Michael Dworkind  
Centre de médecine familiale Herzl  
Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis

**Ce document traite uniquement de questions relatives à la santé. Pour ce qui est de la gestion des biens, des finances ou pour toute autre question, consultez un notaire ou un avocat.**

---

## LEXIQUE

### États de santé liés à l'incapacité

Pour indiquer vos directives médicales anticipées, vous devez vous imaginer gravement malade ou mourant. Ce n'est pas facile d'imaginer une telle situation ni de décider des traitements qui y sont associés. Pour vous aider, voici la description de quelques états de santé pouvant nécessiter des directives médicales anticipées, accompagnée d'un lexique des termes employés.

#### ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Vous avez subi des dommages au cerveau causés par une mauvaise circulation ou une hémorragie.

- Vous présentez un ou plusieurs des symptômes suivants : paralysie, difficulté à communiquer, à avaler, à maîtriser vos intestins et votre vessie.
- Votre état de santé peut se détériorer ou s'améliorer, selon la gravité de l'accident et les récurrences.

#### Accident vasculaire cérébral léger

- Votre rétablissement est presque complet ; il se peut qu'un côté de votre corps soit resté légèrement paralysé. Vous pouvez marcher de nouveau, avec ou sans aide. En général, vous pouvez reprendre vos activités de vie quotidiennes. Vous êtes probablement aussi autonome qu'avant l'accident vasculaire cérébral.

#### Accident vasculaire cérébral modéré

- Votre paralysie est plus importante sur un côté de votre corps; vous êtes incapable de marcher et vous avez besoin d'un fauteuil roulant. Il se peut que vous ne recouvriez pas entièrement la parole et que vous ayez besoin d'aide pour vos activités de vie quotidiennes (ex. : vidange de la vessie ou des intestins).
- Vous avez sans doute besoin de soins infirmiers.

#### Accident vasculaire cérébral grave

- Paralysie grave vous laissant alité ou confiné à un fauteuil roulant avec très peu d'espoir de vous en remettre.
- Il se peut que vous soyez incapable de tenir une conversation.
- Vous ne pouvez accomplir vos activités quotidiennes.
- Vous avez peut-être besoin d'une sonde gastrique pour vous nourrir.
- Vous devez sans doute vivre ou être soigné(e) dans un centre de soins de longue durée.

#### COMA IRRÉVERSIBLE

Cela signifie que vous êtes inconscient de façon permanente.

- Incapable d'être éveillé même par des stimuli douloureux.
- Incapable de boire ou de manger et, par conséquent, nourri à l'aide d'une sonde gastrique.
- Sans aucune maîtrise de vos intestins ou de votre vessie.
- Alité, sans aucune possibilité de reprendre conscience.
- Nécessitant des soins infirmiers constants, à la maison ou dans une unité de soins de longue durée.

#### DÉMENCE

Affaiblissement progressif et irréversible de l'ensemble des fonctions intellectuelles qui comprend :

- diminution de la mémoire, du jugement et du raisonnement ; difficulté à reconnaître les gens et à communiquer.

- La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence.
- La démence progresse graduellement au cours des mois et des années, selon la gravité de la maladie.

#### Démence légère

- Vous êtes distrait et avez de la difficulté avec votre mémoire à court terme.
- Vous pouvez effectuer vos activités de vie quotidiennes comme travailler, vous habiller, manger, faire votre toilette, etc.
- Vous maîtrisez encore bien votre vessie et vos intestins et êtes en mesure de vivre à la maison avec de l'aide chaque jour pendant quelques heures.

#### Démence modérée

- Vous ne reconnaissez pas toujours vos proches.
- Vous tenez parfois des propos incohérents.
- Vous avez besoin d'aide pour les activités de vie quotidiennes comme travailler, vous habiller, manger, faire votre toilette, etc.
- Vous maîtrisez encore votre vessie et vos intestins.
- Vous pouvez vivre à la maison avec de l'aide toute la journée ; sinon, vous devrez déménager dans un milieu plus adéquat.

#### Démence grave

- Vous êtes incapable de reconnaître votre famille et vos amis.
- Vous ne pouvez tenir de propos cohérents.
- Il vous est impossible d'effectuer les activités de vie quotidiennes.
- Il se peut que vous soyez nourri avec une sonde gastrique.
- Vous n'avez aucune maîtrise de vos intestins et de votre vessie.
- Il vous faut une aide constante à la maison ou finir vos jours dans un centre de soins prolongés.

#### ÉTAT VÉGÉTATIF PERSISTANT

Vous êtes dans un état d'inconscience similaire au coma permanent, mais vous avez conservé quelques réflexes comme :

- la capacité d'ouvrir et de fermer les yeux;
- la réaction à la douleur ou d'autres réflexes.

#### MALADIE EN PHASE TERMINALE

Cela signifie que vous êtes atteint(e) d'une maladie incurable, comme certaines formes avancées de cancer. Les traitements que l'on vous prodigue ne visent qu'à optimiser votre confort et vous fournir des soins palliatifs.

- Malgré des traitements actifs, ces maladies restent fatales.
- Votre état de santé physique et mental se détériore graduellement ; il vous faut davantage de soins et votre autonomie diminue.

---

## LEXIQUE DES TERMES LIÉS AUX DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

### ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE

On entend par ce terme l'abstention ou le refus d'utiliser des interventions essentielles au maintien de la vie. La personne compétente ou son substitut a le droit de refuser ce type d'interventions, même si elle sait qu'une telle décision peut entraîner la mort.

L'**interruption de traitement** signifie que l'on interrompt l'usage d'interventions susceptibles d'assurer le maintien de la vie. La personne compétente ou son substitut a le droit d'interrompre le traitement, même si une telle décision peut mettre en danger la vie du malade. Selon les préférences de la personne et les circonstances entourant la prise de décision, le présent document permet de cocher l'une de ces catégories : **Recevoir - Ne pas recevoir - Interrompre.**

### ANTIBIOTIQUES D'IMPORTANCE VITALE

Il s'agit de médicaments visant à traiter les infections pouvant mettre la vie de la personne en danger comme la pneumonie ou la méningite. Ces médicaments sont en général administrés par voie intraveineuse. Sans antibiotique, une personne atteinte d'une infection aiguë risque de mourir dans les heures ou les jours qui suivent. Avec des antibiotiques, les chances de survie d'une personne dépendent de la gravité de l'infection et de son état de santé.

### APTITUDE OU CAPACITÉ A PRENDRE DES DÉCISIONS

Une personne est jugée apte lorsqu'elle peut comprendre les bienfaits et les inconvénients liés au consentement ou au refus d'un traitement, et les conséquences de son choix.

### DIALYSE

La dialyse remplit la fonction du rein. Elle élimine l'excès de potassium, d'eau et autres déchets que transporte le sang. Sans la dialyse, le potassium s'accumulerait dans le sang et causerait un arrêt cardiaque. Une personne a besoin de services de dialyse tant que ses reins ne fonctionnent pas. Sans dialyse, il risque de mourir dans les sept à quatorze jours qui suivent. Avec la dialyse, les chances de survie de la personne dépendent des causes de l'insuffisance rénale et de son état de santé.

### DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES OU DIRECTIVES PRÉALABLES

Document établi par une personne apte à exprimer ses désirs en matière de décisions médicales advenant son incapacité à le faire dans le futur.

### FORMULAIRE D'ALERTE CONCERNANT LES DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Cette feuille séparée doit être insérée dans votre dossier hospitalier pour aviser le personnel que vous *avez préparé* des directives médicales anticipées et pour indiquer où elles se trouvent. Vous devrez envoyer ces directives par la poste au Service des archives où l'on se chargera de les insérer sans votre dossier médical.

### FUTILE

Ce concept signifie que les décisions concernant l'arrêt d'un traitement doivent reposer sur son efficacité. S'il s'avère inefficace, le traitement est jugé futile (ou inutile). Son action est alors nulle ou la personne ne peut pas en bénéficier. Les prestataires de soins doivent discuter des inconvénients ou des bienfaits liés aux traitements avec les patients et leur substitut.

### GAVAGE

Il s'agit d'un tube d'alimentation que l'on introduit (par le nez ou par un petit trou dans l'abdomen) dans l'estomac ou l'intestin d'un patient incapable de s'alimenter (ex. : si elle est dans le coma). La sonde reste en place aussi longtemps que la personne est incapable de s'alimenter. Sans la sonde gastrique, une personne qui ne peut ni manger ni boire risque de mourir dans les jours ou les semaines qui suivent.

### PERFUSION INTRAVEINEUSE

Ces liquides sont administrés par voie intraveineuse afin de remplacer la perte de liquide et d'administrer certains médicaments.

### INTERVENTION CHIRURGICALE D'IMPORTANCE VITALE

Il peut s'agir d'un grand nombre d'interventions telles que le retrait de la vésicule biliaire ou de l'appendice. Sans intervention, la personne risque de mourir dans les heures ou les jours qui suivent. À la suite de cette intervention, les chances de survie de la personne dépendent de son état de santé et des raisons ayant motivé l'opération.

### (M) MANDAT D'ALERTE (*utilisé à l'Hôpital général juif*)

Cette lettre apparaîtra sur votre carte d'identité de l'Hôpital et sur le logiciel d'inscription destiné à l'urgence, aux cliniques externes et aux autres services de l'Hôpital. Elle indique l'existence de vos directives médicales anticipées.

---

## MANDATAIRE

Appellation juridique qui désigne la personne apte à donner une directive médicale anticipée.

## MANDATAIRE/SUBSTITUT

Ces termes interchangeables désignent la personne qui prend les décisions au nom d'une personne inapte à le faire. Le mandataire doit comprendre les préférences, les valeurs et les croyances de la personne dont elle est le porte-parole.

Le **mandataire** ou **substitut** doit avant tout prendre des décisions qui reposent sur les désirs les plus récents exprimés par la personne au moment où elle était jugée apte à le faire (ex. : désirs indiqués dans les directives anticipées). Si les désirs de la personne ne sont pas exprimés par écrit, les décisions doivent être conformes avec ses préférences, ses valeurs et ses croyances. La plupart des politiques en milieu hospitalier reconnaissent que le patient ou le mandataire peut changer d'idée et fournissent des moyens qui favorisent la flexibilité dans certaines situations. L'existence de directives médicales anticipées est d'une importance vitale face à la crédibilité et au pouvoir du mandataire.

La plupart des établissements ont des politiques dotées de mécanismes de résolutions de conflit afin de permettre la tenue de discussions pour régler des problèmes éthiques ou décisionnels liés au processus de prise de décisions par un substitut. L'un des moyens de gérer ces situations consiste à consulter les services éthiques cliniques.

## RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (RCR)

Ce moyen est employé pour réanimer le cœur s'il a cessé de battre. La RCR exige que l'on exerce une pression sur la poitrine de la personne et qu'on lui administre des chocs électriques. Elle comprend également l'insertion d'un tube dans la gorge pour fournir de l'oxygène aux poumons à l'aide d'un respirateur et l'administration de médicaments par voie intraveineuse. Après la RCR, la personne reste en général inconsciente et nécessite plusieurs jours de traitements dans une unité de soins intensifs. Sans RCR, la mort est

inévitabile. Chez les personnes hospitalisées, la RCR est efficace à 41 % en moyenne (41 personnes sur 100). Toutefois, seulement 14 % des personnes (14 personnes sur 100) survivront et obtiendront leur congé de l'hôpital. Les personnes dont le cœur a été réanimé, mais qui ne survivent pas assez longtemps pour obtenir leur congé, passent plusieurs jours à l'unité de soins intensifs avant de mourir. Les probabilités de survie dépendent de la cause de l'arrêt cardiaque et de l'état de santé de la personne. Des recherches démontrent que les personnes atteintes d'un cancer et d'une infection grave, par exemple, ne survivent jamais assez longtemps à une RCR pour obtenir leur congé.

## RESPIRATEUR (ventilateur ou appareil de respiration artificielle)

On emploie un respirateur lorsqu'une personne ne peut plus respirer adéquatement. Par exemple, dans certains cas d'emphysème ou de pneumonie grave. On insert un tube dans la gorge de la personne jusqu'aux poumons. L'emploi du respirateur est nécessaire tant que la personne est incapable de respirer adéquatement par elle-même. Sans respirateur, une personne en détresse respiratoire ne survivrait que quelques minutes ou quelques heures. Avec un respirateur, les chances de survie de la personne dépendent de la cause de la détresse respiratoire et de son état de santé.

## SOINS PALLIATIFS

Plutôt que d'être axés sur la guérison, ces soins sont destinés à soulager la souffrance des mourants et de leur famille et à gérer les symptômes de la maladie. L'objectif des soins palliatifs consiste à assurer confort et dignité.

## TRANSFUSIONS SANGUINES

Fait référence à l'action d'administrer du sang par le biais d'un cathéter inséré dans une veine de la personne. Une personne qui saigne abondamment des suites d'un accident d'automobile, d'un ulcère à l'estomac ou d'une grosse opération aura besoin d'une transfusion sanguine.



## DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ces directives médicales anticipées indiquent mes préférences en regard de mes traitements et de mes soins de santé advenant que mon état physique et mental m'empêcherait de les communiquer directement aux personnes qui assurent mes soins de santé.

Les directives suivantes sont destinées à mon mandataire afin qu'il ou qu'elle agisse en mon nom.

### I. Si mon médecin traitant me déclare en phase terminale d'une maladie

et que je suis incapable de reconnaître qui que ce soit ou de communiquer d'une quelconque façon, je souhaite :

- A) que tout traitement essentiel au maintien de la vie, incluant :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| la réanimation cardio-respiratoire *       | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit effectué                                     |
| le respirateur *                           | <input type="checkbox"/> ne soit pas utilisé  | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit utilisé  |
| la dialyse *                               | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit effectué |
| une intervention chirurgicale salvatrice * | <input type="checkbox"/> ne soit pas pratiqué | <input type="checkbox"/> soit pratiqué                                     |
- B) que tout traitement intraveineux, incluant :
- |                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| les transfusions sanguines * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit administré |
| les antibiotiques *          | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit administré |
- C) que toute thérapie nutritionnelle ou toute hydratation, incluant :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| le gavage*                             | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit administré |
| l'hydratation par voie intraveineuse * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit administré |
| toute autre méthode                    | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit administré |
- D) recevoir des analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie  oui  non

Autres directives ou précisions :

---

---

---

---

---

\* Voir lexique

---

## II. Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie,

mais que je suis dans un état végétatif permanent, c'est-à-dire que j'ai subi la perte totale de mes fonctions cérébrales supérieures, que je suis vivant devant la loi, mais inconscient de façon permanente, peu importe les traitements que je reçois, je souhaite :

- A) que tout traitement essentiel au maintien de la vie, incluant :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| la réanimation cardio-respiratoire *       | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit effectué                                     |
| le respirateur *                           | <input type="checkbox"/> ne soit pas utilisé  | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit utilisé  |
| la dialyse *                               | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit effectué |
| une intervention chirurgicale salvatrice * | <input type="checkbox"/> ne soit pas pratiqué | <input type="checkbox"/> soit pratiqué                                     |
- B) que tout traitement intraveineux, incluant :
- |                              |   |                                     |  |
|------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| les transfusions sanguines * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| les antibiotiques *          | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
- C) que toute thérapie nutritionnelle ou toute hydratation, incluant :
- |  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| le gavage*                             | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| l'hydratation par voie intraveineuse * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| toute autre méthode                    | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
- D) recevoir des analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie :
- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

Autres directives ou précisions :

---

---

---

## III. Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie,

mais que j'ai subi des lésions cérébrales qui m'empêchent de reconnaître qui que ce soit ou de communiquer d'une quelconque (ex. : démence grave, maladie d'Alzheimer), même si cet état risque de se prolonger encore longtemps, je souhaite :

- A) que tout traitement essentiel au maintien de la vie, incluant :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| la réanimation cardio-respiratoire *       | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit effectué                                     |
| le respirateur *                           | <input type="checkbox"/> ne soit pas utilisé  | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit utilisé  |
| la dialyse *                               | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit effectué |
| une intervention chirurgicale salvatrice * | <input type="checkbox"/> ne soit pas pratiqué | <input type="checkbox"/> soit pratiqué                                     |
- B) que tout traitement intraveineux, incluant :
- |                              |   |                                     |  |
|------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| les transfusions sanguines * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| les antibiotiques *          | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |

\* Voir lexique

- 
- C) que toute thérapie nutritionnelle ou toute hydratation, incluant :
- |  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| le gavage*                             | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| l'hydratation par voie intraveineuse * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| toute autre méthode                    | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |

- D) recevoir des analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie :  oui  non

Autres directives ou précisions :

---

---

---

**IV. Si je ne suis pas en phase terminale d'une maladie,**

mais que je suis dans le coma (ex. : accident vasculaire cérébral grave) et que mes risques de mourir sont beaucoup plus grands que mes chances de guérir, je souhaite :

- A) que tout traitement essentiel au maintien de la vie, incluant :
- |  |   |  |
|--|---|--|
| la réanimation cardio-respiratoire *       | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit effectué                                     |
| le respirateur *                           | <input type="checkbox"/> ne soit pas utilisé  | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit utilisé  |
| la dialyse *                               | <input type="checkbox"/> ne soit pas effectué | <input type="checkbox"/> soit cessé <input type="checkbox"/> soit effectué |
| une intervention chirurgicale salvatrice * | <input type="checkbox"/> ne soit pas pratiqué | <input type="checkbox"/> soit pratiqué                                     |
- B) que tout traitement intraveineux, incluant :
- |                              |   |                                     |  |
|------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| les transfusions sanguines * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| les antibiotiques *          | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
- C) que toute thérapie nutritionnelle ou toute hydratation, incluant :
- |  |   |                                     |  |
|--|---|-------------------------------------|--|
| le gavage*                             | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| l'hydratation par voie intraveineuse * | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
| toute autre méthode                    | <input type="checkbox"/> ne soit pas administré | <input type="checkbox"/> soit cessé | <input type="checkbox"/> soit administré |
- D) recevoir des analgésiques, même si ces médicaments devaient obscurcir ma conscience et peut-être abrégé ma vie :  oui  non

Autres directives ou précisions :

---

---

---

---

---

\* Voir lexique

---

V. Dans la mesure du possible, j'aimerais passer les derniers jours de ma vie à la maison :

Oui       Non       Je ne sais pas

Que je sois à l'hôpital ou à la maison, j'aimerais recevoir les soins infirmiers suivants :

---

---

---

VI. Voici d'autres directives ou précisions susceptibles d'aider mon équipe soignante à faire de son mieux pour respecter ma volonté dans la limite des ressources disponibles à l'hôpital.

---

---

---

VII. Conformément à mes principes et à mes valeurs, voici les raisons (religieuses, morales, éthiques) qui ont motivé mes choix :

---

---

---

VIII. Préférences en matière d'arrangement funéraire :

---

---

---

IX. Préférence en matière d'autopsie :

---

---

---

X. Quant à mes préférences exprimées ci-dessus dans les Directives préalables, s'il existe des divergences entre moi, mon mandataire et ma famille, voici ce que je désire :

---

---

---

Je m'efforcerai de faire une mise à jour régulière du présent document (ex. : tous les ans).

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

## Mandataire

*Porte-parole de la personne malade en cas d'inaptitude de cette dernière (voir lexique)*

Nom du premier  
mandataire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : ( \_\_\_\_\_ ) Téléavertisseur : \_\_\_\_\_

(soir) : ( \_\_\_\_\_ ) Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature du  
premier mandataire : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom du second  
mandataire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : ( \_\_\_\_\_ ) Téléavertisseur : \_\_\_\_\_

(soir) : ( \_\_\_\_\_ ) Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature du  
second mandataire : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Veillez copier les renseignements ci-dessus sur le formulaire rouge Directives médicales anticipées.**

A) Je déclare que si je deviens inapte à prendre part aux décisions médicales me concernant, la personne susmentionnée agira comme mandataire et prendra les décisions à ma place; je l'autorise à donner, à réitérer ou à retirer son consentement à toute intervention ou traitement, ou à l'arrêt de ces derniers, qu'ils soient de nature physique ou mentale.

B) Dans le cas où cette personne se trouverait dans l'impossibilité d'agir ou refuserait d'agir pour quelque motif, je désigne un mandataire remplaçant investi des mêmes pouvoirs.

C) Si aucun des deux mandataires n'est disponible ou apte à agir, ou encore si tous deux refusent d'agir, je demande à ceux qui assurent mes soins, soit ma famille, mes médecins, les représentants du centre de soins, le personnel hospitalier et autre fournisseurs de soins de santé, de respecter les directives médicales contenues dans le présent document.

D) Je déclare aux responsables de ma personne que les désirs ici exprimés témoignent véritablement de mes sentiments face à toute décision concernant mes soins de santé.

E) La désignation du mandataire et les directives préalables ici données demeureront en vigueur tant que je

ne les aurai pas annulées. Je m'efforcerai d'en faire la mise à jour chaque année ou lorsque j'éprouverai des problèmes de santé.

F) Je fais la présente déclaration après y avoir longuement réfléchi. Je désire que mon équipe soignante se sente dans l'obligation morale de respecter mes volontés. Je sais que les responsabilités de mon mandataire semblent très lourdes. Aussi ais-je rédigé cette déclaration dans le but de les assumer et de libérer mon mandataire.

Aucun participant à la rédaction des présentes directives ou à leur mise en application (que ce soit un professionnel de la santé, un membre de ma famille, un ami ou autre) ne devra être tenu responsable - sur le plan moral, éthique, juridique, professionnel, social ou autre - de s'être conformé à mes directives. .

**Je comprends que mon équipe soignante fera de son mieux pour respecter ma volonté dans la limite des ressources disponibles et conformément aux politiques de l'hôpital en matière de réanimation (disponible sur demande en communiquant avec le directeur des Services professionnels de l'hôpital).**

Mon nom (mandant) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

## Testament de vie – Liste aide-mémoire

Pour préparer votre mandat, il est important d’avoir bien suivi les étapes appropriées, afin qu’au moment venu, on puisse accéder à votre testament de vie et appliquer vos directives. Cette liste aide-mémoire est un bref résumé des principales étapes.

	OUI	NON
<b>1.</b> Rencontrer mon médecin pour qu’il m’aide à préparer mon testament de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>2.</b> Directives médicales anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complétées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Authentifiées par un témoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>3.</b> Carte de don d’organes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remplie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>4.</b> Remettre une copie à mes deux mandataires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>5.</b> Informer ma famille de l’existence de ces directives médicales anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>6.</b> Demander à mon médecin de joindre une copie de mes directives médicales anticipées à mon dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>7.</b> S’assurer de l’existence de copies disponibles en cas d’hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>8.</b> Poster mon <b>formulaire d’alerte concernant les directives médicales anticipées</b> (lexique page 3) au Service des archives de l’HGJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>9.</b> Faire le nécessaire pour que ma carte d’hôpital mentionne l’existence de mes directives médicales anticipées (M) (lexique page 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>10.</b> Discuter avec mes proches de mes décisions de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>11.</b> Mettre à jour mes directives médicales anticipées une fois l’an ou advenant des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Revisions des directives médicales anticipées (dates)	_____	_____
	_____	_____

## DÉCLARATION DES TÉMOINS

Je déclare connaître personnellement le mandataire qui a signé ce document (ou a demandé à un tiers de le faire) en ma présence. Cette personne paraît saine d'esprit et semble agir de son plein gré.

### Premier témoin

Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Deuxième témoin

Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Le témoin doit avoir au minimum 18 ans  
et n'avoir aucun lien de parenté avec le  
mandant

**CARTES DE DONNS D'ORGANES ET DE TISSUS**

Nom \_\_\_\_\_

À mon décès, je consens à ce qu'on prélève tous les  
organes et tissus pouvant servir à des greffes.

Restrictions : \_\_\_\_\_

*Oui, j'ai fait part de mes intentions à ma famille*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

