

Mes volontés concernant mes soins éventuels

Ce document a été conçu pour vous aider à réfléchir à vos valeurs et à exprimer vos volontés concernant vos soins éventuels. Il ne s'agit pas ici de directives à l'intention de votre médecin. Ce document vous aidera à vous préparer à discuter avec votre équipe de santé des types de traitements médicaux que vous voudriez recevoir ou non si vous deveniez gravement malade. Il pourra aussi aider votre mandataire à prendre des décisions pour vous si vous deveniez vous-même incapable de prendre des décisions. Vous pourrez d'ailleurs inscrire le nom de votre (ou de vos) mandataire(s) dans le document. Et n'oubliez pas que vous pouvez apporter des changements à ce document en tout temps, mais assurez-vous seulement d'en aviser votre (vos) mandataire(s).

Vous trouverez de l'information plus complète concernant le manuel de planification préalable des soins « Parlons-en » à www.planificationprealable.ca.

1. Les premières questions visent à vous faire réfléchir au recours à des traitements de maintien en vie. Veuillez vous référer à un glossaire si vous ne comprenez pas certains des traitements mentionnés ici.

Pour chaque question, veuillez répondre en encerclant le chiffre approprié, où 1 signifie « pas important du tout » et 10, « très important ».

Est-il important pour vous d'être confortable et de souffrir le moins possible?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous de passer plus de temps avec votre famille?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous de vivre le plus longtemps possible?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous d'éviter d'être « branché » à des tubes et appareils?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous de ne pas prolonger la mort?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous de laisser la nature suivre son cours?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
L'idée que la vie doit être préservée est-elle importante pour vous?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas
Est-il important pour vous de respecter les volontés de vos proches en ce qui concerne vos soins de santé?	Pas important de tout	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Très important	Je ne sais pas

Mes volontés concernant mes soins éventuels

2. Voici maintenant quelques questions pour vous aider à réfléchir aux types de soins que vous aimeriez recevoir **si vous étiez atteint(e) d'une maladie mortelle (cochez toutes les cases qui s'appliquent)** :

Traitements de maintien en vie

- Je ne veux pas qu'on amorce des traitements de maintien en vie (y compris la RCR). Si de tels traitements sont amorcés, je veux qu'on les interrompe.
- Je veux recevoir les traitements de maintien en vie qui me seront bénéfiques selon l'avis des médecins.

Autres volontés? Veuillez préciser :

Nutrition et hydratation artificielles

- Je ne veux pas qu'on amorce la nutrition ou l'hydratation artificielles si ces interventions sont les seules qui me maintiennent en vie. Si la nutrition ou l'hydratation artificielles sont amorcées, je veux qu'on les interrompe.
- Je veux qu'on amorce la nutrition ou l'hydratation artificielles même si ces interventions sont les seules qui me maintiennent en vie.

Autres volontés? Veuillez préciser :

Soins de confort

- Je veux qu'on fasse le nécessaire pour que je sois le plus confortable possible et sans douleur, même si ces soins risquent de prolonger ma fin de vie ou raccourcir ma vie.

Autres volontés? Veuillez préciser :

Mes volontés concernant mes soins éventuels

3. Voici maintenant quelques questions pour vous aider à réfléchir aux types de soins que vous aimeriez recevoir si vous étiez dans un état végétatif persistant. (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.)

Traitements de maintien en vie

- Je ne veux pas qu'on amorce des traitements de maintien en vie (y compris la RCR). Si de tels traitements sont amorcés, je veux qu'on les interrompe.
- Je veux recevoir les traitements de maintien en vie qui me seront bénéfiques selon l'avis des médecins
Autres volontés? Veuillez préciser :

Nutrition et hydratation artificielles

- Je ne veux pas qu'on amorce la nutrition ou l'hydratation artificielles si ces interventions sont les seules qui me maintiennent en vie. Si la nutrition ou l'hydratation artificielles sont amorcées, je veux qu'on les interrompe.
- Je veux qu'on amorce la nutrition ou l'hydratation artificielles même si ces interventions sont les seules qui me maintiennent en vie.
Autres volontés? Veuillez préciser :

Soins de confort

- Je veux qu'on fasse le nécessaire pour que je sois le plus confortable possible et sans douleur, même si ces soins risquent de prolonger ma fin de vie ou raccourcir ma vie.
Autres volontés? Veuillez préciser :

Mes volontés concernant mes soins éventuels

4. Y a-t-il des états de santé ou circonstances de vie que vous considérez « inacceptables »?

Par exemple, certaines personnes disent « J'aimerais mieux mourir que de vivre dans un foyer de soins infirmiers et être entièrement dépendant des autres ».

Réfléchissez aux états de santé qui selon vous seraient intolérables et écrivez-les ci-dessous.

Avez-vous des questions à poser à vos prestataires de soins?

Écrivez-les ici.

Avez-vous d'autres pensées ou commentaires?

Après avoir rempli ce document, assurez-vous d'en remettre une copie à votre (ou vos) mandataire(s), aux membres de votre famille, à votre médecin, à votre infirmière et à tout autre professionnel du droit et de la santé qui s'applique.

Plus important encore, discutez de vos volontés avec vos mandataires, lesquels pourraient avoir des questions concernant vos décisions. N'oubliez pas : un mandataire peut parler en votre nom seulement si vous en devenez incapable vous-même.

Mes volontés concernant mes soins éventuels

Votre prénom :

Deuxième prénom :

Votre nom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Les personnes suivantes ont une copie de ce document :

Nom	Lien avec cette personne	Téléphone	Courriel

Mon ou mes mandataire(s)

J'ai discuté de mes volontés concernant mes soins de santé ultérieurs avec la (les) personne(s) ci-dessous :

Mon mandataire* est :

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Lien avec cette personne : _____

*Si vous avez désigné plusieurs mandataires, écrivez leurs noms et coordonnées ci-dessous.

Nom	Téléphone	Adresse	Courriel

