

## Étape 1 : Choisissez votre représentant de soins de santé.

Nommez quelqu'un qui puisse prendre des décisions à votre place si vous êtes incapable de prendre vos propres décisions. Pensez aux personnes qui font partie de votre vie - votre famille et vos ami(es). Choisissez quelqu'un pour être votre représentant de soins de santé. Demandez à cette personne s'il ou elle est prêt(e) à le faire pour vous.

### Choisissez un membre de votre famille ou un ami(e) qui :

- Est âgé de 18 ans ou plus et qui vous connaît bien
- Est prêt(e) à le faire pour vous
- Est prêt(e) à prendre des décisions difficiles basées sur vos souhaits.
- Communiquera effectivement les informations que vous avez fournies dans ce paquet aux fournisseurs de soins de santé et aux membres de votre famille

### Votre représentant de soins de santé peut :

- Décider où vous recevrez des soins
- Choisir ou rejetez des fournisseurs de soins de santé
- Dire oui/non aux médicaments, tests, traitements
- Décider qui ce qui doit se passer avec votre corps et vos organes après votre décès.
- Prendre des actions légales nécessaires pour exécuter vos souhaits

Votre représentant **ne peut être** votre médecin ou quelqu'un qui travaille à l'hôpital ou à la clinique où vous recevez des soins à moins qu'il ou elle soit un membre de votre famille.

### Nommez votre représentant de soins de santé.

#### 1) Je veux que cette personne prenne mes décisions médicales si je ne peux prendre mes propres décisions :

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté		
Téléphone résidentiel/cellulaire	Téléphone du travail	Courrier électronique		
Adresse postale		Ville	État	Code Postal

#### Si cette personne ne peut pas prendre mes décisions médicales alors je choisis cette autre personne :

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté		
Téléphone résidentiel/cellulaire	Téléphone du travail	Courrier électronique		
Adresse postale		Ville	État	Code Postal

#### 2) Faites un X à côté de la phrase avec laquelle vous êtes d'accord :

Mon représentant de soins de santé prendra des décisions à ma place uniquement lorsque je deviens incapable de prendre mes propres décisions.

**OU**

Mon représentant de soins de santé peut prendre des décisions pour moi dès maintenant après que j'aie signé ce formulaire.

Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)		Date de Naissance
<small>Cette directive préalable et cette désignation de représentant de soins de santé est conforme aux articles applicables du New Mexico's Uniform Health Care Decisions Act (New Mexico Statutes) Chapitre 24, Article 7A) et du Mental Health Care Treatment Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7B).</small>		<b>PAGE 1</b>

## Étape 2 : Prenez des décisions concernant vos soins de santé.

Qu'est-ce qui rend votre vie la peine d'être vécue ?

### 1) Ma vie (choisissez A ou B) :

A) Mérite toujours d'être vécue peu importe à quel point je suis malade

B) Vaut la peine d'être vécue si (choisissez tout ce qui est vrai pour vous) :

Je peux parler avec ma famille et mes ami(e)

Je me réveille d'un coma

Je peux me nourrir, me baigner et prendre soin de moi

Je peux être soulager de la douleur

Je peux vivre sans être branché à des machines

Je ne suis pas sûr(e)

### 2) Si je suis en train de mourir, il est important pour moi d'être : (choisissez un)

A la maison

Dans un hôpital ou autre centre de santé

Peu importe là l'on prend soin de moi

## Croyances religieuses et spirituelles

### 1) Est-ce que la religion ou la spiritualité vous est importante ?

Oui  Non

### 2) Avez-vous une religion ou tradition religieuse ? Si oui, laquelle ?

---

### 3) Que doivent savoir vos médecins au sujet de vos croyances religieuses et spirituelles ?

---

---

---

Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)

Date de Naissance

## Étape 2 : Prenez des décisions au sujet de vos soins de santé, suite.

### Respirateur artificiel

Les procédures sur respirateur artificiel peuvent être utilisées pour vous garder en vie. Elles comprennent :

**RPC ou réanimation cardiorespiratoire** - Ceci peut impliquer :

- Forte pression sur votre poitrine pour maintenir le pompage du sang
- Chocs électriques pour redémarrer votre cœur
- Médicaments dans vos veines



**Machine à respirer ou ventilateur** - Cette machine pompe l'air dans vos poumons et respire pour vous à travers un tube placé dans votre gorge. Vous ne pouvez pas parler ou manger lorsque vous êtes sur cette machine.



**Dialyse** - Cette machine nettoie votre sang si vos reins arrêtent de fonctionner.

**Sonde gastrique** - Ce tube fournit de la nourriture à votre corps si vous ne pouvez pas avaler. Ce tube est inséré dans votre estomac à travers votre gorge. Il peut être également placé chirurgicalement.



**Transfusion sanguine** - Ceci mettra du sang dans vos veines.

**Opération et/ou médicaments**

**Faites un X à côté de la déclaration avec laquelle vous êtes d'accord :**

Si je suis si malade que je puisse mourir bientôt :

Essayez tous les traitements de maintien de vie que mes médecins pensent pouvoir m'aider. Si les traitements ne marchent pas et qu'il y a peu d'espoir de s'améliorer, **je veux rester connecté aux machines qui me maintiennent artificiellement en vie** même si Je souffre.

Essayez tous les traitements de maintien de vie que mes médecins pensent pouvoir m'aider. Si les traitements ne marchent pas et qu'il y a peu d'espoir de s'améliorer, **je NE veux pas rester connecté aux machines qui me maintiennent artificiellement en vie**. Si je souffre, je veux arrêter tous les traitements de maintien de vie pour que je puisse mourir paisiblement.

**Je NE veux pas de traitements** de maintien de vie. Je veux me concentrer sur mon confort. Je préfère avoir une mort naturelle.

Je veux que mon **représentant de soins de santé** décide.

Je ne suis pas sûr(e) de ce que j'aimerais que l'on fasse.

<b>Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)</b>	<b>Date de Naissance</b>
<small>Cette directive préalable et cette désignation de représentant de soins de santé est conforme aux articles applicables du New Mexico Uniform Health Care Decisions Act (New Mexico Statutes) Chapitre 24, Article 7A) et du Mental Health Care Treatment Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7B).</small>	

## Etape 2 : Prenez des décisions concernant vos soins de santé, suite.

### Don de vos organes

Il est possible que vos médecins vous posent des questions au sujet de donation d'organes et d'autopsie après votre décès. Le don de vos organes peut sauver des vies. **Faites un X à côté du seul choix avec lequel vous êtes le plus d'accord :**

Je veux faire don de mes organes :

N'importe quel organe, tout ce qui pourrait être utilisé.

Seulement certains organes (veuillez spécifier quels organes ou tissus que vous souhaitez donner).

Je **ne veux pas** faire don de mes organes :

Je veux que mon **représentant de soins de santé** décide.

Je ne suis pas sûr(e) de ce que j'aimerais que l'on fasse.

### Autopsie

Une autopsie peut être fait après la mort pour trouver la cause du décès. C'est une procédure chirurgicale. Cela peut prendre quelques jours. Dans certains cas, une autopsie peut être requise par la loi. **Faites un X à côté du seul choix avec lequel vous êtes le plus d'accord :**

Je **veux** une autopsie.

Je **ne veux pas** d'autopsie.

Je veux une autopsie **seulement s'il y a des questions** au sujet de la (des) cause(s) de mon décès.

Je veux que mon **représentant de soins de santé** décide.

Je ne suis pas sûr(e) de ce que j'aimerais que l'on fasse.

Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)

Date de Naissance



## Étape 3 : Définissez l'autorité de votre représentant de soins de santé.

Votre représentant de soins de santé peut aider à prendre des décisions suivantes au sujet de :

### Traitements de maintien de vie - soins médicaux pour vous aider à vivre plus longtemps :

- RPC ou réanimation cardiorespiratoire
- Machine à respirer ou ventilateur
- Dialyse
- Sonde Gastrique
- Transfusion sanguine
- Opération
- Médicaments

### Soins de fin de vie

Si vous risquez de mourir bientôt, votre représentant des soins de santé peut :

- Appeler un guide spirituel
- Décider si vous mourez à la maison ou à l'hôpital
- Décider si oui ou non une autopsie sera faite.
- Décider si vos organes seront donnés
- Décider si vous devriez être enterré ou incinéré

### Comment voulez-vous que votre représentant de soins de santé respecte vos souhaits médicaux ?

Mettez un X près de la phrase avec laquelle vous êtes le plus d'accord :

\_\_\_ **Flexibilité totale** : Il est acceptable que mon représentant de soins de santé change **n'importe laquelle** de mes décisions médicales si, après avoir parlé à mes médecins, il/elle trouve que c'est mieux pour moi à ce moment.

\_\_\_ **Quelque flexibilité** : Il est acceptable que mon représentant de soins de santé change **quelques-unes** de mes décisions médicales si, après avoir parlé à mes médecins, il/elle trouve que c'est mieux pour moi à ce moment.

\_\_\_ **Flexibilité minimale** : Je veux que mon représentant de soins de santé suive mes souhaits médicaux le plus étroitement que possible. Veuillez respecter mes décisions même si les médecins font d'autres recommandations.

### Utilisez des pages additionnelles, si nécessaire, pour répondre aux questions ci-dessous.

Voici quelques-uns des me souhaits que je veux vraiment que l'on respecte :

---

---

---

Inscrivez toute décision que vous **ne voulez pas** que prenne votre représentant de soins de santé :

---

---

---

<b>Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)</b>	<b>Date de Naissance</b>
<small>Cette directive préalable et cette désignation de représentant de soins de santé est conforme aux articles applicables du New Mexico Uniform Health Care Decisions Act (New Mexico Statutes) Chapitre 24, Article 7A) et du Mental Health Care Treatment Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7B).</small>	

## Étape 4 : Signez le formulaire - votre signature.

Avant que ce formulaire puisse être utilisé, vous devez :

- Signez ce formulaire si vous avez 18 ans au moins

Signez votre nom et inscrivez la date.

---

Signature

Date

---

Inscrivez votre nom

---

Adresse postale

Ville

État

Code Postal

### Témoins (Facultatif)

Il est conseillé d'avoir des témoins dans le but d'éviter toutes inquiétudes que le document pourrait être falsifié, que vous aviez été forcé de le signer, ou que cela ne représente pas véritablement vos souhaits.

Vos témoins doivent :

- Avoir au moins 18 ans
- Vous connaître
- Reconnaître que vous aviez signé ce formulaire

Providence St. Joseph Health recommande que vos témoins ne soient pas :

- La personne que vous aviez nommé comme votre représentant de soins de santé.
- Votre médecin ou autres fournisseurs de soins de santé
- Quelqu'un qui travaille pour votre centre médical ou fournisseurs de soins de santé

---

Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)

Date de Naissance

## Étape 4 : Signez le formulaire - signatures des témoins (facultatif).

**Demandez à vos témoins de compléter cette page.**

En signant, Je promets que \_\_\_\_\_ je reconnais qu'il  
ou elle a signé(e) ce formulaire. Nom du titulaire de la directive préalable

Je pense qu'il ou elle pensait clairement et n'était pas forcé de signer ce formulaire.

### Je promets également que :

- Je connais cette personne et il/elle peut prouver qui il/elle était
- J'ai au moins 18 ans

### Providence St. Joseph Health recommande que vos témoins puissent aussi prouver que :

- Je ne suis pas son/sa représentant(e) de soins de santé
- Je ne suis pas son fournisseur de soins de santé
- Je ne travaille pas pour son fournisseur de soins de santé

### Témoin #1

Signature

Date

Inscrivez votre nom

Adresse postale

Ville

État

Code postale

### Témoin #2

Signature

Date

Inscrivez votre nom

Adresse postale

Ville

État

Code postale

Cette directive préalable appartient à : (veuillez inscrire votre nom sur cette ligne)

Date de Naissance

## Étape 5 : Retourner le formulaire de directive préalable, dûment remplie.

Dès que vous avez signé votre directive préalable et que cela a été fait devant de témoins et/ou notariée, gardez l'original et faite des photocopies des pages 1 à 8 pour envoyer à :

- Représentant de soins de santé
- Famille
- Amis(ies)
- Fournisseurs médicaux
- Hôpital

### Options pour retourner votre directive préalable, dûment remplie.

1. Retournez une **PHOTOCOPIE** à votre médecin préféré(e) de Providence St. Joseph Health ou à l'hôpital lors de votre prochaine visite.
2. Retournez par fax à votre hôpital de Providence St. Joseph Health Veuillez contacter votre hôpital pour avoir le numéro de fax correct de la Gestion de l'Information sur la Santé.

Si vous avez des questions concernant la façon de compléter ou de retourner votre directive préalable, veuillez nous contacter au :

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**310-543-3498**

Certaines parties du présent document ont une licence avec le Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License. Pour visualiser une copie de cette licence, veuillez visiter <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> ou envoyez une lettre au Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Révisé le 8/2017

Avec de remerciements spéciaux à :

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA