

MANDATAIRE POUR LES SOINS DE SANTÉ DANS L'INDIANA :

Le ou la mandataire pour les soins de santé est la personne choisie par vous pour prendre les décisions de soins de santé vous concernant, y compris les décisions de fin de vie, si vous n'êtes pas en mesure de les prendre vous-même. Il est recommandé de parler de vos préférences avec cette personne bien à l'avance. Une ou un médecin déterminera si vous êtes ou non en mesure de prendre vos propres décisions.

Mon nom (nom légal complet de la personne déclarante)

Date de naissance (mois/jour/année)

****À titre d'information seulement****

Mon ou ma mandataire pour les soins de santé peut prendre des décisions pour moi si je ne peux pas prendre et communiquer mes propres décisions de soins de santé. Mon ou ma mandataire pour les soins de santé doit suivre et respecter mes souhaits et mes valeurs. Mes valeurs incluent mes idées sur la dignité et la qualité de vie. Si mon ou ma mandataire pour les soins de santé ne connaît pas mes souhaits, il ou elle doit agir de bonne foi et prendre des décisions au mieux de mes intérêts. Ces décisions incluent, de façon non limitative :

- le consentement à un traitement médical ;
- l'arrêt d'un traitement médical ;
- le refus d'un traitement médical ;
- l'organisation de soins de confort.

Je désigne la personne suivante comme mandataire pour mes soins de santé :

Nom du ou de la mandataire

Téléphone du ou de la mandataire

****À titre d'information seulement****

Si le ou la mandataire de premier recours ci-dessus n'est pas disponible ou n'est pas en mesure d'agir en mon nom, je désigne la personne suivante comme mandataire de remplacement pour mes soins de santé :

Nom du ou de la mandataire de remplacement

Téléphone du ou de la mandataire de remplacement

****À titre d'information seulement****

DÉCLARATION DE PRÉFÉRENCES FACULTATIVE :

Je souhaite donner à mon ou ma mandataire quelques indications supplémentaires quant à mes préférences de fin de vie (veuillez sélectionner une seule option ci-dessous).

- Ma qualité de vie** est plus importante que la longueur de ma vie. Si je suis incapable de prendre mes propres décisions et que mon médecin traitant ou ma médecin traitante pense que je ne me rétablirai pas, je ne veux pas de traitements destinés à prolonger ma vie ou à retarder ma mort. Au lieu de cela, je voudrais un traitement ou des soins qui m'apportent du confort et soulagent ma douleur.
- Pour moi, il est plus important de **rester en vie**, aussi grave que soit mon état de santé et aussi faibles que soient mes chances de rétablissement. Je veux que ma vie soit prolongée le plus possible, selon des normes médicales raisonnables.
- Je choisis de NE PAS remplir cette déclaration de préférences pour le moment.

Nom de la personne déclarante : _____

SIGNATURES REQUISES :

En signant ce formulaire, j'annule et révoque toute procuration pour soins de santé que j'aurais signée dans le passé.

****À titre d'information seulement****

Signature de la personne déclarante

Date

Nom en lettres d'imprimerie (personne déclarante)

Pour être juridiquement valide, ce formulaire doit être signé par deux (2) témoins adultes (en bas à gauche) ou certifié par Notary Public* (en bas à droite).

SIGNATURE DE DEUX (2) TÉMOINS ADULTES

Chacun des témoins soussignés confirme avoir reçu une preuve suffisante de l'identité de la personne déclarante et estime que celle-ci est saine d'esprit et a la capacité de signer le formulaire de directives anticipées ci-dessus. **Au moins l'un des témoins soussignés n'est pas un conjoint ou une conjointe de la personne déclarante et n'a pas d'autre lien de parenté avec celle-ci.**

*CERTIFICATION PAR NOTARY PUBLIC**

ÉTAT DE L'INDIANA)
)
COMTÉ DE _____)

QU'IL SOIT CONNU QUE :

Par-devant moi, *Notary Public**, a paru en personne _____ [*nom de la personne déclarante*], qui a confirmé avoir signé de son plein gré le formulaire de directives anticipées qui précède et qui a confirmé sous serment que toutes les déclarations qui s'y trouvent sont véridiques.

Utilisez cet espace pour inscrire le nom d'une ou deux personnes à qui vous faites confiance pour prendre des décisions pour vous si vous êtes dans l'incapacité de les prendre vous-même.

Espace réservé au sceau et aux coordonnées du *Notary Public*.

Ce formulaire de directives anticipées a été créé par la coalition pour les préférences des patients de l'Indiana (*Indiana Patient Preferences Coalition*) et il est librement accessible. Pour en savoir plus, voir le site www.INadvancedirectives.org.

*** NOTE IMPORTANTE :** Aux États-Unis, *Notary Public* ne veut pas dire « notaire » au sens français du terme. Sa compétence se limite strictement à la légalisation de documents (copies conformes, certifications de signatures, déclarations sous serment).