

Introduction to the French translation of the POST form

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient’s treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

This is a French translation of the Indiana POST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient’s preferences documented on the POST form. The signed POST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For additional information in English, visit www.indianapost.org. Questions can be submitted through the “contact us” link on that same website.

Introduction à la traduction française du formulaire POST

Le formulaire POST est un formulaire de consignes au personnel médical qui donne plus de prise aux patients sur leurs soins en cas de maladie grave. Il sert à enregistrer les préférences de traitement d’un patient sous forme de consignes médicales. Il précise les types de traitements médicaux qu’un patient souhaite ou ne souhaite pas recevoir. Les consignes sont signées par le patient, par son mandataire légal ou par son proche et par le praticien traitant (médecin, infirmier en pratique avancée ou adjoint au médecin). Le formulaire POST s’adresse aux patients souffrant d’une maladie chronique évolutive à un stade avancé, d’une fragilisation de stade avancé ou d’une maladie incurable, ou encore aux personnes que la réanimation cardio-pulmonaire a peu de chances de sauver. Il n’est pas destiné aux adultes en bonne santé. L’emploi du formulaire POST est facultatif et rien n’oblige le patient à le remplir.

La présente traduction française du formulaire POST de l’État de l’Indiana doit servir uniquement à informer le patient pendant la discussion sur les préférences à faire figurer sur son formulaire POST. Le formulaire POST rempli et signé doit être en anglais, afin que le personnel des urgences puisse lire et respecter les consignes.

Pour un complément d’information en anglais, visitez le site www.indianapost.org. Vous pouvez nous faire part de vos questions en cliquant sur le lien Contact Us (nous contacter) sur ce même site.



**FORMULAIRE POST (PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT) DE L'INDIANA :
CONSIGNES AU PERSONNEL MÉDICAL SUR L'ÉTENDUE DU TRAITEMENT**

Traduction basée sur le formulaire d'État 55317 (R5 / 1-23)
Ministère de la Santé de l'État de l'Indiana – IC 16-36-6

INSTRUCTIONS : Ce formulaire contient les consignes au personnel médical sur l'étendue du traitement d'un patient. Il doit être rempli sur la base d'une discussion portant sur l'état de santé actuel du patient et sur ses préférences. Le formulaire POST est facultatif et rien n'oblige le patient à le remplir. Le formulaire POST doit être réexaminé chaque fois que l'état de santé du patient évolue. Le patient peut à tout moment demander au prestataire de soins de santé d'annuler le formulaire POST. Si le patient ne possède pas toutes ses facultés de décision, son mandataire légal ou son proche (s'il n'y a pas de mandataire légal) peuvent remplir le formulaire POST au nom du patient ou demander au prestataire de soins de santé de l'annuler. Une section laissée en blanc implique l'administration du traitement complet pour cette section. La loi HIPAA autorise la communication de ce formulaire aux professionnels de santé dans la mesure nécessaire au traitement. L'original du formulaire constitue la propriété personnelle du patient. Tout exemplaire imprimé, numérisé, photocopié ou télécopié de ce formulaire est valide.

Nom de famille du patient (obligatoire)		Prénom du patient (obligatoire)		Initiale du 2 ^{ème} prénom
Date de naissance (mois/jour/année)		Numéro de dossier médical		Préparé le (mois/jour/année)
DÉSIGNATION DES PRÉFÉRENCES DU PATIENT : Les sections suivantes (A à D) concernent les préférences actuelles du patient quant à la portée de son traitement.				
A <i>Cochez une seule réponse</i>	RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) : Le pouls du patient n'est pas détectable ET le patient ne respire pas. (obligatoire) <input type="checkbox"/> Pratiquer la réanimation — RCP (CPR en anglais) <input type="checkbox"/> Ne pas réanimer — NPR (DNR en anglais) Lorsque le patient n'est pas en arrêt cardio-pulmonaire, suivre les consignes des sections B, C et D.			
B <i>Cochez une seule réponse</i>	INTERVENTIONS MÉDICALES : Si le pouls du patient est détectable ET que le patient respire, OU si le pouls est détectable, mais que le patient ne respire PAS. <input type="checkbox"/> <u>Mesures de confort (permettre une mort naturelle).</u> Objectif thérapeutique : Maximiser le confort du patient par la prise en charge des symptômes. Soulager la douleur et la souffrance au moyen de médicaments administrés par toute voie indiquée, du positionnement du corps, du traitement des plaies et d'autres mesures. Recourir à l'administration d'oxygène, à l'aspiration des voies respiratoires ou au traitement manuel des obstructions si nécessaire pour le confort. Le patient préfère ne pas être hospitalisé pour des traitements de survie. Hospitaliser le patient seulement si son confort ne peut pas être maintenu à son emplacement actuel. <input type="checkbox"/> <u>Interventions supplémentaires limitées.</u> Objectif thérapeutique : Stabilisation de l'état du patient. Outre les soins décrits ci-dessus à la section « Mesures de confort », utiliser un traitement médical de stabilisation, des solutions intraveineuses (hydratation) et un moniteur cardiaque pour stabiliser l'état du patient. Recourir si nécessaire aux techniques élémentaires de libération des voies respiratoires et à la ventilation non invasive en pression positive. Ne pas intuber. Hospitaliser le patient si sa prise en charge médicale ou son confort le rendent nécessaire. Éviter les soins intensifs si possible. <input type="checkbox"/> <u>Intervention complète.</u> Objectif thérapeutique : Interventions complètes allant jusqu'aux mesures de maintien des fonctions vitales en unité de soins intensifs. Outre les soins décrits ci-dessus aux sections « Mesures de confort » et « Interventions supplémentaires limitées », utiliser au besoin l'intubation, les techniques avancées de libération des voies respiratoires et la ventilation mécanique. Hospitaliser ou transférer en unité de soins intensifs si nécessaire.			
C <i>Cochez une seule réponse</i>	ANTIBIOTIQUES : <input type="checkbox"/> Administrer des antibiotiques en cas d'infection seulement si c'est le seul moyen d'assurer le confort du patient. <input type="checkbox"/> Administrer des antibiotiques en cohérence avec les objectifs thérapeutiques.			
D <i>Cochez une seule réponse</i>	ALIMENTATION ARTIFICIELLE : Toujours administrer les aliments et les liquides par voie orale si possible. <input type="checkbox"/> Pas d'alimentation artificielle. <input type="checkbox"/> Essai d'alimentation artificielle par sonde à durée déterminée. (Durée de l'essai : _____ Objectif : _____) <input type="checkbox"/> Alimentation artificielle prolongée.			
CONSIGNES SUPPLÉMENTAIRES FACULTATIVES :				
PAGE DE SIGNATURE : Ce formulaire comprend deux (2) pages qui doivent être présentes toutes les deux. Le formulaire POST ne prend effet que lorsque les signatures requises ont été apposées sur la page suivante.				

Nom du patient : _____ Date de naissance (mois/jour/année) : _____

	SIGNATURE DU PATIENT, DE SON MANDATAIRE LÉGAL OU DE SON PROCHE : Pour que le formulaire POST prenne effet, le patient, son mandataire légal ou son proche doit signer et dater le formulaire ci-dessous.		
E	SIGNATURE DU PATIENT, DE SON MANDATAIRE LÉGAL OU DE SON PROCHE Ma signature ci-dessous indique que le médecin, l'infirmier en pratique avancée ou l'adjoint au médecin (ou bien leur délégué) a discuté avec moi des consignes susmentionnées et que les consignes sélectionnées représentent fidèlement les décisions prises lors de cette discussion.		
	Signature (<i>obligatoire</i>) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nom (en lettres d'imprimerie) (<i>obligatoire</i>) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Date (mois/jour/année) (<i>obligatoire</i>)
F	COORDONNÉES DU MANDATAIRE LÉGAL OU PROCHE FIGURANT À LA SECTION E (LE CAS ÉCHÉANT) : S'il ne s'agit pas de la signature du patient, inscrivez les coordonnées du mandataire légal ou du proche.		
	Lien de parenté du mandataire légal ou proche mentionné à la section E si le patient ne possède pas toutes ses facultés	Adresse (numéro, rue, ville, état et code postal)	Numéro de téléphone
	CONSIGNE AU PERSONNEL MÉDICAL : Un formulaire POST ne peut être signé et validé que par le médecin, l'adjoint au médecin ou l'infirmier en pratique avancée traitant la personne concernée, et ce seulement si toutes les conditions ci-dessous sont remplies : (1) le médecin, l'adjoint au médecin ou l'infirmier en pratique avancée traitant la personne concernée a déterminé que : (A) cette personne remplit les critères requis ; (B) les consignes médicales figurant dans le formulaire POST de cette personne sont raisonnables et sont médicalement adaptées à son cas ; (2) la personne remplissant les critères, son mandataire légal ou son proche a signé et daté le formulaire POST. Une personne remplit les critères si elle présente au moins un (1) des problèmes de santé suivants : (1) maladie chronique évolutive à un stade avancé ; (2) fragilisation chronique évolutive à un stade avancé ; (3) état grave résultant d'une blessure ou maladie pour laquelle, avec un degré raisonnable de certitude médicale : (A) il n'y a pas de guérison possible ; et (B) un décès surviendra à brève échéance sans l'apport de traitements prolongeant la vie. (4) état dans lequel, en cas d'insuffisance cardiaque ou respiratoire, la réanimation échouerait ou serait suivie à brève échéance d'un nouvel épisode entraînant la mort.		
G	TRACE DE LA DISCUSSION. La discussion sur les consignes a eu lieu avec (cochez une seule réponse) : <input type="checkbox"/> Le patient (qui possède ses facultés) <input type="checkbox"/> Le mandataire pour les soins de santé <input type="checkbox"/> Le tuteur légal <input type="checkbox"/> Le parent du mineur <input type="checkbox"/> Le fondé de pouvoir pour les soins de santé <input type="checkbox"/> Le proche		
H	SIGNATURE DU PRATICIEN TRAITANT (MÉDECIN, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE, ADJOINT AU MÉDECIN) Ma signature ci-dessous indique que mon délégué ou moi-même avons discuté des objectifs du patient et des modalités de traitement possibles avec celui-ci, son mandataire ou son proche, et qu'à ma connaissance ces consignes correspondent à son état de santé actuel et à ses préférences actuelles.		
	Signature du praticien traitant (médecin, infirmier en pratique avancée ou adjoint au médecin) (<i>obligatoire</i>) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nom (en lettres d'imprimerie) du praticien traitant (médecin, infirmier en pratique avancée ou adjoint au médecin) (<i>obligatoire</i>) XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Date (mois/jour/année) (<i>obligatoire</i>)
	Numéro de téléphone du médecin, de l'infirmier en pratique avancée ou de l'adjoint au médecin	Numéro d'enregistrement du médecin, de l'infirmier en pratique avancée ou de l'adjoint au médecin	Professionnel de santé remplissant le formulaire, s'il ne s'agit pas du médecin, de l'infirmier en pratique avancée ou de l'adjoint au médecin
I	DÉSIGNATION DU MANDATAIRE POUR LES SOINS DE SANTÉ : En tant que patient, vous avez l'option de désigner votre mandataire pour les soins de santé selon le paragraphe 16-36-7 du Code de l'Indiana. Il n'est pas obligatoire de désigner un mandataire pour que ce formulaire POST prenne effet. Il vous est vivement conseillé de consulter votre avocat ou une autre personne qualifiée à propos des directives anticipées que vous pouvez choisir de donner. Vous trouverez les formulaires et autres informations concernant les directives anticipées sur le site du département de la Santé de l'État de l'Indiana (IDOH) : https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/ .		