



Planification préalable des soins

Un guide pour les patients et leurs familles

ATTENTION : Des services de traduction et d'interprétation sont disponibles gratuitement en espagnol, français, langue des signes américaine (ASL) ainsi que dans d'autres langues. Composez le 217-588-7770 (utilisateurs TTY, composez d'abord le 711). Memorial Health respecte les lois fédérales en vigueur en matière de droits civils et n'exerce aucune discrimination fondée sur la race, la couleur de la peau, la nationalité d'origine, l'âge, le handicap ou le sexe.

Nous vous recommandons d'apporter ce guide aux rendez-vous médicaux et en cas d'hospitalisation.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____

Procuration actuelle / proche / membres de la famille _____

Soignant actuel (le cas échéant) _____

Appartenance religieuse/culturelle _____

Autres documents pertinents et où les trouver _____

Problèmes ou états médicaux actuels _____

RÉCAPITULATIF DU PLAN PRÉALABLE DES SOINS

J'ai rempli ce guide avec _____

J'ai discuté de mes souhaits en matière de santé avec

Procuration en matière de soins de santé Famille Médecin

Autres _____

Mon statut de code souhaité Code complet NPR (Ne pas réanimer) Indécis

Mes objectifs de soins Vivre plus longtemps Maintenir ma santé actuelle Confort

DIRECTIVES PRÉALABLES

Procuration Testament biologique Ordonnance d'un médecin pour un traitement de maintien en vie (POLST) Autre _____

Emplacement des directives préalables _____



Il est important de planifier vos futures décisions en matière de soins de santé.

Ce guide

- 1 Vous conseille pour comprendre vos propres valeurs, croyances et objectifs de soins en ce qui concerne votre ou vos problèmes de santé actuels ou futurs.
- 2 Vous oriente par rapport à la manière d'aborder le sujet avec vos proches.
- 3 Explique ce qu'est une directive préalable.
- 4 Fournit les documents nécessaires pour préparer et enregistrer vos souhaits en matière de soins de santé.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 2 |
| Comprendre vos souhaits | 3 |
| Objectifs des décisions de soins | 6 |
| Approcher votre famille | 8 |
| Approcher votre ou vos prestataires de soins de santé | 10 |
| Directives préalables | 13 |

Introduction

Comme beaucoup d'entre nous, vous avez peut-être retardé les discussions sur la planification préalable des soins concernant votre futur traitement médical. Voici deux situations à prendre en compte :

Histoire de Christine

Christine avait **65 ans et venait de prendre sa retraite**. Elle avait divorcé de son mari environ 15 ans auparavant. Leurs jumeaux étaient à l'université lorsqu'on lui diagnostiqua un cancer du poumon en phase terminale. Christine s'était renseignée sur la planification préalable des soins, l'importance d'exprimer ses souhaits par écrit et d'en parler avec sa famille. Elle demanda à son médecin s'il était temps pour elle de franchir ce cap. Lorsque son médecin lui recommanda les soins palliatifs, Christine consacra énormément de temps à parler de ses souhaits avec sa famille, de ce qu'elle considérait comme important et des types de traitement qu'elle acceptait. Elle renseigna ses directives préalables et remplit les documents nécessaires avec son professionnel de santé. Elle ne souhaitait pas laisser le fardeau de ces décisions à sa famille. Lorsqu'elle devint trop malade pour donner des directives sur ses soins, ses jumeaux surent exactement ce que leur mère voulait et respectèrent ses vœux.

Histoire de Marie

Marie avait **85 ans. Son mari depuis 60 ans était décédé l'année précédente**. Il était son soignant depuis qu'on lui avait diagnostiqué une maladie d'Alzheimer. Sa santé déclinait depuis la mort de son époux. Elle oubliait de manger, de prendre ses médicaments et sa sécurité était compromise. Mais elle vivait quand même de bonnes journées au cours desquelles elle était capable de prendre soin d'elle-même. Elle décida alors qu'il valait mieux qu'elle aille en maison de retraite. Sur place, le personnel lui demanda si elle avait une procuration en matière de soins de santé ou des directives préalables. Les parents de Marie étaient décédés de nombreuses années auparavant, tout comme ses sœurs, la laissant ainsi sans famille. Le personnel de la maison de retraite aida alors Marie à remplir ses directives préalables et l'encouragea à trouver une personne chargée de la procuration légale durable pour ses soins médicaux. Heureusement, l'amie et voisine de longue date de Marie accepta d'assumer cette responsabilité. La maladie d'Alzheimer s'installant de plus en plus, l'amie de Marie fut en mesure de prendre des décisions à sa place. En écrivant ses souhaits à l'avance, Marie a pu éviter de se voir attribuer un tuteur légalement désigné d'office.

Comprendre vos souhaits en matière de santé

Qu'est-ce qui est important à mes yeux ?

Identifier ce qui a de l'importance dans votre vie peut sembler accablant. Par où commencer ? Utilisez le tableau suivant pour vous aider à identifier certaines des valeurs les plus importantes liées à votre santé et à vos soins médicaux.

Prenez quelques minutes pour réfléchir à ce qui est important pour vous.

| IL EST IMPORTANT POUR MOI D'ÊTRE CAPABLE DE : | Niveau d'importance | | | | |
|---|---------------------|---|---|---|------|
| | Moins | | | | Très |
| Vivre aussi longtemps que possible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Me concentrer sur ma qualité de vie plutôt que sur ma longévité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Prendre soin de moi-même sans assistance | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sortir de mon lit (ne pas être alité[e]) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bouger en toute indépendance | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Reconnaître ma famille et mes amis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Prendre mes propres décisions | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivre chez moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ne pas être atteint(e) de douleurs chroniques, intenses | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivre sans machine telles que respirateurs, tubes d'alimentation ou dialyse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Être indépendant(e) financièrement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Laisser un patrimoine conséquent à des personnes ou des causes qui ont de l'importance à mes yeux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivre et mourir en adéquation avec mes croyances | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mourir de manière naturelle (sans l'aide de machines ou tentative de réanimation) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Trouver la paix spirituelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SI VOUS AVEZ ÉTÉ PRÉCÉDEMMENT DIAGNOSTIQUÉ(E)
AVEC UNE AFFECTION MÉDICALE, COMMENCEZ ICI :**

1. Que comprenez-vous de votre ou vos problème(s) de santé actuel(s) ?

2. Y a-t-il eu des changements dans votre état de santé au cours des derniers mois ?

3. Votre ou vos problèmes de santé ont-ils interféré avec vos activités quotidiennes ?

4. Sur la base de votre compréhension actuelle de votre ou de vos problèmes de santé,
qu'attendez-vous de votre plan de soins actuel ?

5. Avez-vous été hospitalisé(e) récemment en raison de votre ou de vos problèmes de santé ?
Si oui, expliquez. (Si non, passez à la question 6.)

PASSEZ AUX QUESTIONS 6 À 10

**SI VOUS N'AVEZ PAS ÉTÉ DÉJÀ DIAGNOSTIQUÉ(E)
AVEC UNE AFFECTION MÉDICALE, COMMENCEZ ICI :**

6. Que signifie « bien vivre » pour vous ? Par exemple, si vous passez une bonne journée, que faites-vous ? Avec qui êtes-vous ?

7. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre ou de vos problèmes de santé actuels ou futurs ? Quelles sont vos craintes ?

8. Quelles croyances culturelles avez-vous, le cas échéant ?

9. Quelles croyances spirituelles avez-vous, le cas échéant ?

10. Exprimez brièvement vos valeurs et vos croyances en une à deux phrases :

Buts des décisions de soins

Lorsque vous réfléchissez à vos décisions actuelles et futures en matière de soins médicaux, il est important de comprendre vos options de soins.

EN SAVOIR PLUS SUR LES TRAITEMENTS DE MAINTIEN DE LA VIE

Les décisions médicales de maintien de la vie les plus courantes impliquent :

Réanimation
Cardiopulmonaire (RCR)

Ordonnance de ne pas
réanimer (DNR)

Nutrition et hydratation
artificielles

Qu'est-ce que la réanimation cardiorespiratoire (RCR) ?

La RCR est le processus qui consiste à essayer de redémarrer le cœur et de pomper le sang vers le corps. La RCR est administrée lorsque :

- Une personne a cessé de respirer et son cœur cesse de battre.
- Une personne a un type de rythme cardiaque qui entraîne l'absence de pouls et la mort.

CE QUE LA RCR PEUT IMPLIQUER :

- Une personne formée à la RCR pousse sur votre poitrine pour essayer de relancer le cœur.
- Une personne formée à la RCR insuffle de l'air dans vos poumons.
- Des décharges électriques peuvent être infligées à la poitrine.
- Si votre cœur redémarre, mais que vous ne pouvez pas respirer par vous-même, vous pouvez être connecté(e) à un appareil respiratoire appelé respirateur.

QU'EST-CE QU'UN RESPIRATEUR ?

Un respirateur fait le travail de respiration pour vous si vous êtes trop malade pour respirer par vous-même. Vous êtes connecté à un appareil respiratoire par un tube placé dans votre bouche dans votre trachée. Des médicaments peuvent être administrés pour vous rendre somnolent(e) afin de réduire l'inconfort.

Qu'est-ce qu'une ordonnance de ne pas réanimer (DNR)

Une ordonnance de DNR empêche votre équipe de soins médicaux de commencer la RCR. Un médecin peut rédiger une ordonnance de DNR à votre demande ou à la demande de votre agent de santé désigné. L'ordonnance de DNR doit être signée par un médecin pour être valide.

Une ordonnance de DNR ne couvre que la RCR. Lorsque vous demandez une ordonnance de DNR, le médecin peut également vous demander si vous souhaitez un ordre de « ne pas intuber ». L'intubation consiste à placer un tube dans le nez ou la bouche pour vous aider à respirer lorsque vous ne pouvez pas respirer correctement par vos propres moyens. L'intubation peut prévenir une crise cardiaque ou un arrêt respiratoire.

Bien que la RCR ne soit pas administrée à une personne ayant une ordonnance de DNR, l'équipe de soins prendra d'autres mesures pour vous assurer autant de confort que possible.

Qu'est-ce que la nutrition administrée médicalement ?

La nutrition administrée médicalement consiste à donner de la nourriture liquide et de l'eau à une personne trop malade pour manger ou boire seule. Cela comprend une ligne IV placée dans votre veine ou un tube d'alimentation placé dans votre estomac.

Déterminer vos priorités en matière de soins médicaux

Prenez le temps d'explorer comment vos croyances et vos valeurs s'alignent avec vos priorités pour les soins médicaux.

VIVRE PLUS LONGTEMPS

- Vivre le plus longtemps possible, même si je ne sais pas qui je suis ou avec qui je suis
- Être hospitalisé(e) et recevoir tous les soins que mes médecins pensent pouvoir m'aider, même si cela signifie de compter sur des machines pour me maintenir en vie

MAINTENIR MA SANTÉ ACTUELLE

- Vivre plus longtemps, si la qualité de vie et le confort peuvent être obtenus
- Être hospitalisé(e) si nécessaire pour des soins efficaces
- Arrêter tout traitement qui ne fonctionne pas ou empire ma situation
- Autoriser une mort naturelle si mon cœur ou ma respiration s'arrête

CONFORT

- Vivre le reste de ma vie en me concentrant sur mon confort et ma qualité de vie
- Éviter l'hôpital et le recours à des machines
- Autoriser une mort naturelle si mon cœur ou ma respiration s'arrête

Laquelle de ces priorités correspond le mieux à ce qui compte le plus pour vous ?

Aborder le sujet avec ma famille

Maintenant que vous avez exploré vos croyances et vos valeurs et déterminé vos priorités en matière de soins médicaux, il est important d'en discuter avec votre famille et vos proches. Cette conversation peut être difficile, mais parler de vos souhaits avec votre famille et vos proches avant qu'une crise médicale ne se produise peut leur permettre de comprendre clairement les futurs traitements que vous pourriez souhaiter et ne pas vouloir.

Se préparer à la conversation

Qui voulez-vous inclure dans la discussion ? Qui voulez-vous impliquer dans vos décisions de santé ?

Où préféreriez-vous tenir cette conversation ? Et comment ? (par exemple, par téléphone, en personne)

Y a-t-il des relations dans votre vie qui peuvent entraver le déroulement de cette conversation ?

Y a-t-il des tâches que vous devez accomplir avant cette conversation ?

BRISER LA GLACE : Comment débiter ?

Entamer la conversation avec votre famille peut être difficile. Vous trouverez ci-dessous quelques amorces de conversation à envisager d'utiliser avec vos proches.

- **État de santé :** Utilisez votre diagnostic médical pour commencer la conversation.

« Je veux que vous connaissiez mes souhaits afin que vous puissiez les communiquer à ma place, si ma maladie s'aggrave et que je ne peux pas m'exprimer pour moi-même. »

- **Expérience familiale :** Utilisez un exemple de l'expérience d'un membre de la famille avec une maladie grave et/ou décédée pour aider vos proches à connaître vos souhaits.

« Rappelez-vous quand _____ était sous assistance respiratoire après avoir eu une crise cardiaque... »

- **Exemple d'actualité :** *« J'ai lu cet article sur les soins de fin de vie, et cela m'a fait réfléchir à mes souhaits. »*

- **Recommandation du médecin :**

« Mon médecin m'a donné ce guide sur la planification des soins et m'a recommandé de vous communiquer mes souhaits. »

Vous pourriez être surpris de la réaction de votre famille à la discussion. N'oubliez pas que vous faites le mieux pour vous protéger et les protéger. Si êtes réticent(e) à l'idée d'avoir cette conversation, vous pouvez également inclure une autre personne neutre pour vous aider à l'amorcer.



Approcher votre ou vos prestataires de soins médicaux

Ensuite, il est important d'informer votre ou vos prestataires de soins médicaux de vos souhaits en la matière avant qu'une crise ne survienne. Voici quelques points à garder à l'esprit :

- Informez votre ou vos prestataires de soins médicaux que vous remplissez vos directives préalables.
- Remettez à votre prestataire de soins médicaux une copie de vos directives remplies.

LES QUESTIONS QUE VOUS VOUDREZ PEUT-ÊTRE POSER À VOTRE MÉDECIN SONT LES SUIVANTES :

- Parlez-vous ouvertement avec moi et ma famille de ma maladie ?
- Quelles décisions ma famille et moi-même devons-nous prendre et quels types de recommandations donnerez-vous pour nous aider à prendre ces décisions ?
- Que ferez-vous si je ressens une douleur intense ?
- Comment allez-vous nous aider à trouver des professionnels spécialisés en cas de besoin (p. ex., médecins spécialistes, chirurgien et spécialiste des soins palliatifs, chefs spirituels, travailleurs sociaux, etc.) ?
- Me ferez-vous savoir si le traitement cesse de fonctionner afin que ma famille et moi puissions prendre les décisions appropriées ?
- Serez-vous toujours disponible pour moi, même en fin de vie ?



Soins palliatifs : vous accompagner dans votre maladie grave

Les soins palliatifs sont des soins spécialisés pour les personnes vivant avec une maladie grave. Ce type de soins vise à soulager les symptômes et le stress de la maladie. Chez Memorial Health, notre équipe de soins palliatifs s'engage à améliorer la qualité de vie du patient et de sa famille.

Travaillant en partenariat avec les autres prestataires du patient, l'équipe de soins palliatifs peut aider les patients atteints d'une maladie grave et leurs familles en :

- Veillant à ce que les soins correspondent aux objectifs et aux priorités
- Prodiguant des conseils et un soutien
- Animant des réunions familiales avec l'équipe soignante
- Informant les patients et les familles sur ce à quoi s'attendre à l'avenir
- Communiquant et coordonnant avec l'équipe de soins médicaux
- Recommandant des approches pour la gestion des symptômes physiques et émotionnels
- Aidant à identifier un décideur de substitution

Les soins palliatifs sont fondés sur les besoins du patient et non sur le diagnostic ou le pronostic du patient et peuvent être appropriés à tout âge ou stade d'une maladie grave.

COMMENT PUIS-JE DEMANDER DES SOINS PALLIATIFS ?

Demandez une recommandation à votre médecin ou à un autre membre de l'équipe médicale. Pour plus d'informations, appelez les soins palliatifs chez :

Decatur Memorial Hospital

217-876-4691

Jacksonville Memorial Hospital

447-784-2914

Springfield Memorial Hospital

217-788-3484

All other affiliates

217-788-3360

Le service de soins palliatifs est disponible dans les milieux hospitaliers et communautaires.

Soins palliatifs

Alors que vous approchez de la fin de votre vie, les soins palliatifs peuvent vous convenir.

QU'EST-CE QUE LES SOINS PALLIATIFS ?

Il s'agit d'un type de soins spécialisés pour une personne en fin de vie. Les soins palliatifs se concentrent sur la gestion de la douleur et des autres symptômes d'une personne, afin qu'elle puisse vivre confortablement et avoir la meilleure qualité de vie possible, jusqu'à la fin de sa vie.

L'objectif des soins palliatifs est le confort plutôt que la guérison : ils visent à traiter une personne et ses symptômes, plutôt que la maladie elle-même.

Les soins palliatifs se concentrent sur la personne dans sa globalité : mentale, spirituelle et physique. Les soins palliatifs sont centrés sur la famille, proposant des services pour aider toute la famille à travers les dernières étapes de la vie de leur être cher.

COMMENT ACCÉDER AUX SOINS PALLIATIFS

Si vous êtes actuellement un patient hospitalisé(e) et que souhaitez plus d'informations sur les soins palliatifs, demandez à un membre de votre équipe de soins hospitaliers.

Il n'est pas nécessaire d'être hospitalisé(e) pour être admissible aux soins palliatifs. Memorial Health offre des services de soins palliatifs par l'intermédiaire de Memorial Home Hospice. Si vous souhaitez recevoir des informations sur les soins palliatifs ou mettre en place des soins palliatifs, appelez Memorial Home Hospice au 217-788-4663 ou communiquez avec votre prestataire de soins principal.

Directives préalables

Une directive préalable est un document juridique qui présente vos souhaits en matière de traitement médical si vous êtes dans l'incapacité de prendre des décisions et de communiquer vos souhaits par vous-même.

Directives préalables couramment utilisées

PROCURATION LÉGALE POUR LES SOINS DE SANTÉ (POA-HC)

- Il s'agit d'un document juridique vous permettant de désigner une personne responsable de prendre des décisions de soins médicaux à votre place en cas d'incapacité de votre part, ou si vous ne souhaitez pas prendre ces décisions pour vous-même.
- La personne que vous aurez nommée s'appelle votre « représentant primaire ». Votre représentant doit être une personne qui vous connaît bien, qui sait ce qui a de l'importance à vos yeux et quels sont vos souhaits en matière de traitement médical. Votre représentant doit être une personne qui se sent à l'aise pour faire des choix de soins médicaux à votre place.
- Vous pouvez désigner des représentants de soutien, appelés des « représentants successeurs », qui peuvent agir en tant que POA-HC si votre représentant primaire n'est pas en mesure de le faire.
- Une seule personne à la fois peut occuper le rôle de représentant de soins médicaux.
- Le document de procuration de soins médicaux est valable à partir du moment où vous le signez jusqu'à votre décès, sauf si vous précisez une date limite ou que vous créez une nouvelle procuration.
- Votre représentant a le pouvoir de prendre toute décision de soins médicaux en cas d'incapacité de votre part, sauf si vous indiquez des instructions ou limites spécifiques dans votre document de POA-HC.
- Le document POA-HC ne nécessite pas la signature d'un médecin pour être valable.

TESTAMENT BIOLOGIQUE

- Un testament biologique est un document qui informe vos proches, votre POA-HC et vos prestataires de soins que vous ne souhaitez pas bénéficier de traitement d'allongement de la durée de vie ou de retardement du décès si vous souffrez d'une maladie incurable et irréversible et que votre décès est imminent.
- Il vous permet également d'exposer vos souhaits spécifiques concernant vos soins médicaux.
- Ce document permet d'orienter vos proches et vos soignants concernant vos souhaits en matière de traitement médical de fin de vie, si vous êtes dans l'incapacité de les communiquer par vous-même. Il ne s'agit pas d'une ordonnance médicale et ce document n'est pas aussi légalement durable qu'un document de POA-HC. Si vous êtes dans l'incapacité de vous exprimer, votre POA-HC sera la personne désignée pour prendre des décisions en votre nom en ce qui concerne l'arrêt du traitement d'allongement de la durée de vie et le début du traitement palliatif.

Ordonnance du praticien pour un traitement de maintien de la vie (POLST)

Veillez lire attentivement les informations suivantes avant de remplir un formulaire POLST.

- Un formulaire POLST ne constitue pas une directive préalable. Il s'agit d'une **ordonnance médicale** destinée à être remplie par un professionnel de santé.
- Le formulaire nécessite la **signature d'un praticien de santé autorisé** pour être valable. Une fois signée, cette ordonnance sera respectée par tout le personnel médical.
- Un formulaire POLST documente les types de traitement, en particulier les traitements de maintien de la vie, qu'une personne souhaiterait recevoir si elle est gravement malade en fin de vie.
- Elle permet aux **personnes âgées, fragiles et/ou gravement malades** de choisir si elles souhaitent bénéficier d'une réanimation en cas d'arrêt cardiopulmonaire.
- De plus, elle permet à une personne d'indiquer ses préférences concernant le niveau de traitement qu'elle souhaite recevoir en cas de dégradation de sa santé.
- Ce document doit accompagner la personne dans tous ses déplacements afin de garantir le respect de ses préférences de traitement, quel que soit le milieu de soins : à domicile, à l'hôpital, dans le cabinet d'un médecin ou dans un centre de soins.

Pour des informations plus détaillées à propos du formulaire POLST, consultez **POLSTIL.org** ou **dph.illinois.gov**.

Conservation des directives préalables and POLST documents

Il est important de conserver vos documents de directives préalables dans un endroit sûr et facilement accessible. Assurez-vous que vos proches savent où les trouver. Remettez des photocopies des documents à votre mandataire médical et assurez-vous que vos médecins et toute autre personne impliquée dans vos soins en ont également des copies. Cela peut inclure des membres de la famille, des amis proches et le clergé. Certains hôpitaux conservent également des copies des directives préalables des patients dans leurs dossiers en cas de besoin. Lorsque vous êtes admis à l'hôpital pour une intervention chirurgicale ou d'autres soins, apportez une copie avec vous et demandez qu'elle soit placée dans votre dossier médical.

La **procuration légale durable pour les soins médicaux**, le **testament biologique** et le **formulaire POLST** sont disponibles à la fin de ce manuel.

Pour toute question ou demande d'aide concernant l'utilisation d'un formulaire, contactez votre professionnel de santé et/ou votre avocat.

Pour les personnes n'ayant pas les moyens de financer les services d'un avocat, une assistance avec la procuration légale pour les soins de santé peut être disponible auprès de Land of Lincoln Legal Aid. Des informations supplémentaires sont disponibles sur **LincolnLegal.org**.



Directives préalables

Notice destinée à la personne signant la procuration légale pour les soins médicaux

Personne ne peut prédire le moment auquel un accident ou une maladie grave va survenir. Lorsque cela se produit, vous pouvez avoir besoin d'une personne qui parlera ou prendra des décisions à votre place. Si vous organisez cela dès maintenant, vous pouvez augmenter les chances que le traitement médical reçu soit celui que vous souhaitiez.

Dans l'état de l'Illinois, vous pouvez désigner une personne comme étant votre « représentant de soins de santé ». Votre représentant est une personne en qui vous avez confiance pour prendre des décisions de soins de santé en votre nom au cas où vous seriez dans l'impossibilité de faire ces choix par vous-même, ou que vous ne le souhaitiez pas. Ces décisions doivent se baser sur vos valeurs et souhaits personnels.

Il est important que vous mettiez votre choix de responsable par écrit. Le formulaire écrit s'appelle souvent une « directive préalable ». Vous pouvez vous servir de ce formulaire ou d'un autre, du moment qu'il est conforme aux exigences légales de l'état de l'Illinois. Il existe de nombreuses ressources écrites et en ligne pour vous aider, vous et vos proches, à avoir une discussion sur ces problèmes. Vous pourriez trouver intéressant de consulter ces ressources tandis que vous réfléchissez à vos directives préalables et en discutez.

Quels sont informations que mon représentant de soins médicaux doit connaître ?

Le choix de votre représentant doit être mûrement réfléchi, étant donné que ce dernier aura le pouvoir de décision ultime une fois que ce document prendra effet. Dans la plupart des cas, cela se produit lorsque vous n'êtes plus capable de prendre vos propres décisions. L'objectif est que votre représentant prenne des décisions en accord avec vos préférences, et c'est ce qui se passe dans la plupart des cas. Vous devez toutefois savoir que la loi n'autorise pas votre représentant à prendre une décision visant à diriger ou refuser des interventions de soins de santé ou l'arrêt d'un traitement. Votre représentant devra penser à des conversations que vous avez eues, à votre personnalité et à la manière dont vous avez géré des problèmes de santé importants dans le passé. Par conséquent, il est important que vous parliez à votre représentant ou à votre famille des sujets suivants :

- (i) Qu'est-ce qui a de l'importance à vos yeux dans votre vie ?
- (ii) Dans quelle mesure est-il important pour vous d'éviter toute douleur ou souffrance ?
- (iii) Si vous deviez choisir, serait-il plus important pour vous de vivre aussi longtemps que possible ou d'éviter une souffrance ou une infirmité prolongée ?
- (iv) Préférez-vous passer les derniers jours ou dernières semaines de votre vie chez vous ou à l'hôpital ?
- (v) Avez-vous des croyances religieuses, spirituelles ou culturelles que vous souhaitez que votre représentant, ou d'autres personnes, prennent en compte ?
- (vi) Souhaitez-vous faire une contribution importante après votre mort au travers d'un don d'organe ou d'un don de votre corps entier à la science ?
- (vii) Avez-vous des directives préalables existantes, telles qu'un testament de vie, contenant vos souhaits spécifiques concernant les soins de santé visant uniquement à retarder votre décès ? Si vous avez d'autres directives préalables, assurez-vous d'en parler avec votre représentant et de discuter des décisions de traitement qui y sont mentionnées, celles qui présentent vos préférences. Assurez-vous que votre représentant accepte d'honorer les souhaits que vous avez exprimés dans vos directives préalables.

Quels types de décisions mon représentant peut-il prendre ?

Si, à un moment donné, votre médecin décide que vous ne pouvez pas prendre vos décisions par vous-même, ou si vous ne souhaitez pas prendre vos propres décisions, votre représentant pourrait avoir à prendre les décisions suivantes :

- (i) Parler avec les médecins et d'autres professionnels de santé de votre état.
- (ii) Consulter les dossiers médicaux et donner son approbation sur les autres personnes pouvant les consulter.
- (iii) Autoriser des tests médicaux, des médicaments, des chirurgies ou d'autres traitements.
- (iv) Choisir l'endroit où vous recevrez des soins, ainsi que les médecins et autres professionnels vous les fournissant.
- (v) Décider d'accepter, d'arrêter ou de refuser des traitements visant à vous garder en vie si vous êtes en fin de vie ou qu'il est peu probable que vous vous rétablissiez. Vous pouvez choisir d'inclure des instructions et/ou des restrictions à l'autorité de votre représentant.
- (vi) Accepter ou refuser de donner vos organes ou votre corps si vous n'aviez pas encore pris cette décision. Cette

décision peut comprendre un don pour une transplantation, pour la recherche et/ou l'éducation. Vous devez faire savoir à votre représentant si vous êtes enregistré(e) comme donneur/donneuse dans le registre de First Person Consent (consentement de la première personne) conservé par le secrétaire d'État de l'Illinois ou si vous acceptez de donner votre corps entier à la recherche médicale et/ou à l'éducation.

- (vii) Décider ce qu'il faut faire de votre dépouille après votre décès, si vous n'avez pas encore pris de décision.
- (viii) Parler avec vos proches afin de prendre une décision (votre représentant désigné aura toutefois le dernier mot par rapport à vos autres proches).

Votre représentant n'est pas automatiquement responsable de vos dépenses en soins de santé.

Qui dois-je choisir pour être mon représentant en soins de santé ?

Vous pouvez choisir un membre de votre famille, mais vous n'y êtes pas obligé(e). Votre responsable aura la responsabilité de prendre des décisions de traitement médical, même si d'autres personnes proches de vous l'incitent à prendre une décision différente. Le choix de votre représentant doit être fait avec beaucoup de discernement, étant donné qu'il/elle aura le dernier mot sur votre traitement une fois que vous ne serez plus capable d'exprimer vos préférences. Choisissez un membre de votre famille, un ami ou une personne :

- (i) âgé(e) au moins de 18 ans ;
- (ii) qui vous connaît bien ;
- (iii) en qui vous avez confiance pour faire ce qu'il y a de mieux et qui sera disposé(e) à respecter vos souhaits, même s'il / si elle n'est pas d'accord avec vos choix ;
- (iv) qui ne ressent aucune gêne à parler avec vos médecins et professionnels de santé, et à les questionner ;
- (v) qui ne sera pas trop bouleversé(e) à l'idée d'exprimer vos souhaits si vous devenez très malade ; et
- (vi) qui sera présent(e) à vos côtés quand vous en aurez besoin et qui sera prêt(e) à accepter ce rôle important.

Qu'advient-il si mon représentant n'est pas disponible ou s'il ne veut pas prendre de décision à ma place ?

Si la personne qui correspond à votre choix principal n'est pas en mesure de tenir ce rôle, alors le deuxième représentant que vous avez choisi prendra la décision, voire le troisième si le deuxième ne peut pas non plus. Les deuxième et troisième représentants sont appelés vos représentants successeurs et ont des rôles de représentants de soutien pour votre représentant principal. Ils ne peuvent agir qu'un à la fois, et ce, dans l'ordre selon lequel vous les avez désignés.

Qu'advient-il si je ne choisis pas de représentant de soins médicaux ?

Si vous vous retrouvez dans l'incapacité de prendre vos propres décisions de soins de santé et que vous n'avez pas désigné de représentant par écrit, votre médecin et d'autres professionnels de santé demanderont à un membre de votre famille, un ami ou un tuteur de prendre les décisions à votre place. Dans l'état de l'Illinois, une loi précise laquelle de ces personnes sera consultée. Dans cette loi, chacune de ces personnes est appelée un « substitut ».

Certaines raisons peuvent vous encourager à désigner un représentant plutôt que de compter sur un substitut :

- (i) La personne désignée par cette loi ne sera probablement pas la personne que vous souhaiteriez pour prendre les décisions à votre place.
- (ii) Certains membres de votre famille ou certains amis peuvent ne pas être capables de ou disposés à prendre les décisions que vous souhaiteriez.
- (iii) Des membres de votre famille ou des amis pourraient ne pas être d'accord sur les meilleures décisions à prendre.
- (iv) Dans certaines circonstances, il se peut qu'un substitut ne soit pas en mesure de prendre le même genre de décisions qu'un représentant.

Qu'advient-il si je n'ai pas de personne de confiance disposée à être mon représentant ?

Dans cette situation, il est tout particulièrement important d'en parler à votre médecin et à vos professionnels de santé et de créer des instructions écrites à propos de ce que vous souhaitez ou non, car vous pourriez tomber gravement malade et ne pas être en mesure d'exprimer vos souhaits. Vous pouvez remplir un testament de vie. Vous pouvez également écrire vos souhaits et/ou les partager avec votre médecin ou d'autres professionnels de santé et leur demander de les écrire dans votre dossier. Vous pouvez également avoir envie d'utiliser les ressources écrites ou en ligne afin de vous guider dans ce processus.

Que faire de ce formulaire une fois rempli ?

Après avoir rempli ce formulaire, suivez ces instructions :

- (i) Signez le formulaire en présence d'un témoin. Consultez le formulaire pour obtenir la liste des personnes qui peuvent (ou non) servir de témoin.
- (ii) Demandez au témoin de le signer également.
- (iii) Vous n'avez pas besoin de faire authentifier le formulaire par un notaire.
- (iv) Donnez-en une copie à votre représentant et à chacun des représentants successeurs.
- (v) Donnez une autre copie à votre médecin.
- (vi) Apportez une copie avec vous lorsque vous allez à l'hôpital.
- (vii) Montrez ce formulaire à votre famille, vos amis et aux personnes pour qui vous comptez.

Que se passe-t-il si je change d'avis ?

Vous pouvez changer d'avis à tout moment. Si c'est le cas, dites-le à une personne âgée au moins de 18 ans et/ou détruisez votre document et toutes ses copies. Si vous le souhaitez, remplissez un nouveau formulaire et assurez-vous que toutes les personnes à qui vous aviez donné une copie de l'ancien formulaire en reçoivent à nouveau une, y compris, mais sans s'y limiter, vos représentants et vos médecins.

Si vous êtes préoccupé(e) par l'éventualité de révoquer votre procuration au moment où vous pourriez en avoir le plus besoin, vous pouvez apposer vos initiales dans la case à la fin du formulaire, indiquant que vous aimeriez disposer d'un délai de 30 jours d'attente après avoir exprimé votre intention de révoquer votre procuration. En d'autres termes, si votre agent prend des décisions pour vous pendant cette période, il peut continuer à prendre des décisions en votre nom. Ce choix est purement facultatif et vous n'avez aucune obligation de le sélectionner. Si vous ne choisissez pas cette option, vous pouvez changer d'avis et révoquer votre procuration à tout moment.

Que se passe-t-il si je ne souhaite pas utiliser ce formulaire ?

Au cas où vous ne souhaiteriez pas utiliser le formulaire statuaire de l'Illinois ici présent, tout document que vous remplirez devra être exécuté par vous. Il devra également désigner un représentant âgé de plus de 18 ans n'étant pas soumis à une interdiction de vous servir de représentant, et présenter les pouvoirs du représentant. Il devra toutefois être réalisé en présence de témoins et être conforme en tout point au pouvoir de soins de santé statuaire.

Si vous avez des questions concernant l'utilisation d'un formulaire quelconque, vous pouvez consulter votre médecin, d'autres professionnels de santé et/ou un avocat.

PROCURATION LÉGALE POUR LES SOINS MÉDICAUX

CETTE PROCURATION ANNULE TOUTE PROCURATION LÉGALE
POUR LES SOINS MÉDICAUX PRÉCÉDENTE.

(Vous-même et un témoin devez signer ce formulaire pour qu'il soit valable.)

Mon nom (*nom complet en lettres capitales*) : _____

Mon adresse : _____

JE SOUHAITE QUE LA PERSONNE SUIVANTE SOIT MON REPRÉSENTANT EN SOINS DE SANTÉ

un représentant est votre délégué personnel selon les lois étatiques et fédérales :

Nom du représentant : _____

Adresse du représentant : _____

Numéro de téléphone du représentant : _____

Cochez cette case si la proposition s'applique Si un tuteur doit m'être désigné, je choisis le représentant agissant en vertu de cette procuration comme tuteur.

REPRÉSENTANT(S) DE SOINS DE SANTÉ SUCCESSEUR(S) (*facultatif*) :

Si le représentant que j'ai choisi est inapte ou ne souhaite pas prendre de décisions de soins de santé à ma place, alors je demande à la ou les personnes que je désigne ci-dessous d'être mon ou mes représentants de soins de santé successeurs. Une seule personne à la fois peut jouer le rôle de représentant (*ajoutez une nouvelle page si vous souhaitez ajouter plus de noms de représentants successeurs*).

Nom, adresse et numéro de téléphone du représentant successeur n° 1 : _____

Nom, adresse et numéro de téléphone du représentant successeur n° 2 : _____

MON REPRÉSENTANT PEUT PRENDRE DES DÉCISIONS DE SOINS MÉDICAUX POUR MOI, NOTAMMENT :

- (i) Décider d'accepter, d'arrêter ou de refuser un traitement pour une maladie physique ou mentale dont je souffre, y compris des décisions de vie ou de mort.
- (ii) Donner son accord pour me faire hospitaliser ou me faire sortir de l'hôpital, d'une maison ou d'une institution, y compris un établissement de santé mentale.
- (iii) Avoir un accès total à mes dossiers médicaux et de santé mentale, et les partager avec d'autres en cas de besoin, y compris après ma mort.
- (iv) Mettre en œuvre les plans que j'avais déjà faits ou, si cela n'a pas été fait, prendre des décisions à propos de mon corps ou de ma dépouille, y compris le don de mes organes, de mes tissus ou de mon corps entier, une autopsie, une crémation et un enterrement.

L'octroi de pouvoir cité ci-dessus a pour objectif d'être aussi diversifié que possible de manière à ce que mon représentant ait l'autorité de prendre des décisions que je pourrais prendre afin de bénéficier ou de mettre fin à un type de soins de santé quelconque, y compris l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation ainsi que d'autres mesures de maintien en vie.

J'AUTORISE MON REPRÉSENTANT À (*veuillez cocher une case*) :

- Prendre des décisions à ma place uniquement lorsque je ne serai plus en mesure de les prendre moi-même. Mon ou mes médecins traitants détermineront ce moment. (Si aucune case n'est cochée, la case ci-dessus doit être implémentée.) **OU**
- Prendre des décisions à ma place uniquement lorsque je ne serai plus en mesure de les prendre moi-même. Mon ou mes médecins traitants détermineront ce moment. À partir de maintenant, dans le but de me conseiller dans mes décisions et plans de soins médicaux, mon représentant bénéficiera d'un accès total à mes dossiers médicaux et de santé mentale, de l'autorisation de les partager avec d'autres personnes si nécessaire, ainsi que de la capacité

totale de communiquer avec mon ou mes médecins personnels et autres professionnels de santé. Cela comprend également la possibilité de demander l'opinion de mon médecin afin de savoir si oui ou non je ne suis plus en mesure de prendre des décisions par moi-même. **OU**

Prendre des décisions à ma place à partir de maintenant et lorsque je ne serai plus en mesure de les prendre moi-même. Si je suis encore capable de prendre mes propres décisions, je pourrai le faire si je le souhaite.

Le sujet des traitements de maintien en vie est d'une importance toute particulière. Les traitements de maintien en vie peuvent comprendre l'alimentation ou l'hydratation par tube, les respirateurs artificiels et la RCP. En général, au moment de prendre des décisions concernant les traitements de maintien en vie, votre représentant est chargé de prendre en compte le soulagement de la souffrance, la qualité ainsi que le rallongement possible de votre durée de vie, et vos souhaits exprimés précédemment. Pour prendre ces décisions à votre place, votre représentant devra peser le pour et le contre du fardeau par rapport aux avantages des traitements proposés.

Des déclarations supplémentaires au sujet de la prolongation ou de l'interruption des traitements de maintien en vie sont décrites ci-dessous. Elles peuvent guider votre représentant lorsque ce dernier ou cette dernière devra prendre des décisions pour vous. N'hésitez pas à vous adresser à votre médecin ou professionnel de santé si vous avez des questions à ce sujet.

DANS LA LISTE DES DÉCLARATIONS SUIVANTES, SÉLECTIONNEZ CELLE QUI EXPRIME LE MIEUX VOS SOUHAITS (facultatif) :

Ma qualité de vie est plus importante que sa durée. Si je suis inconscient(e) et que mon médecin référant croit, selon des normes médicales raisonnables, que je ne me réveillerai pas ou que je ne retrouverai pas ma faculté à réfléchir, communiquer avec ma famille et mes amis et ressentir mon environnement, je ne souhaite pas recevoir de traitement visant à prolonger ma vie ou à retarder mon décès, mais je souhaite bénéficier de traitements pouvant me donner plus de confort et me soulageant de la douleur.

Rester en vie est ce qui compte le plus pour moi, peu importe à quel stade de maladie, de mon niveau de souffrance, le prix de l'intervention ou de l'improbabilité de rétablissement. Je veux que ma vie soit prolongée aussi longtemps que possible, conformément à des normes médicales raisonnables.

LIMITES SPÉCIFIQUES À L'AUTORITÉ DE DÉCISION DE MON REPRÉSENTANT :

L'octroi de pouvoir cité ci-dessus a pour objectif d'être aussi diversifié que possible de manière à ce que votre représentant ait l'autorité de prendre des décisions que vous pourriez prendre afin de bénéficier ou de mettre fin à un type de soins de santé quelconque. Si vous souhaitez limiter l'étendue des pouvoirs de votre représentant, fixer des règles spéciales, limiter son pouvoir en matière d'autorisation d'autopsie ou du devenir de votre dépouille, vous pouvez le faire en particulier dans ce formulaire.

Ma signature : _____

Date d'aujourd'hui : _____

RÉVOCACTION RETARDÉE

Je choisis de retarder la révocation de cette procuration pendant 30 jours après avoir communiqué mon intention de la révoquer.

Je souhaite que la révocation de cette procuration prenne effet immédiatement si je communique mon intention de la révoquer.

DEMANDEZ À VOTRE TÉMOIN S'IL EST D'ACCORD AVEC CE QUI EST ÉCRIT CI-DESSOUS, PUIS REMPLISSEZ LA SECTION CONTENANT LA SIGNATURE :

Je suis âgé(e) d'au moins 18 ans, et (cochez l'une des options suivantes) :

J'ai vu le mandant signer ce document, ou

le mandant m'a dit que la signature ou la marque présente sur la ligne de signature de cette personne était la sienne.

Je ne suis pas le représentant ou l'un des représentants successeurs nommés dans ce document. Je ne suis pas lié au mandant, au représentant ou à l'un des représentants successeurs par le sang, le mariage ou l'adoption. Je ne suis pas le médecin, l'infirmier ou infirmière autorisé(e) de pratique avancée, le dentiste, le pédiatre, l'optométriste, le psychologue ou un proche du mandant ou de l'une des ces personnes. Je ne suis pas propriétaire ou opérateur (ou proche de l'une de ces personnes) de l'établissement de santé de soins dans lequel le mandant est un patient ou un résident.

Nom en lettres capitales du témoin : _____

Adresse du témoin : _____

Signature du témoin : _____

Date d'aujourd'hui : _____

TESTAMENT BIOLOGIQUE

Je soussignée _____ né(e) le _____ désire informer les personnes chargées de mes soins que je ne souhaite pas que le moment de mon décès soit artificiellement retardé.

Si je venais à être blessé(e), atteint(e) d'une maladie ou d'une affection incurable et irréversible qui, selon l'opinion de mon médecin référant, devrait entraîner mon décès imminent, je déclare souhaiter que toute procédure ou tout traitement visant uniquement à retarder mon décès soit suspendu ou annulé. Je souhaite uniquement bénéficier de traitements qui, selon l'opinion de mon médecin, contribueraient à mon confort.

En cas d'impossibilité de ma part à donner des directives concernant mes soins, je souhaite que cette déclaration soit respectée par ma famille et mes médecins comme étant mon droit légal de refuser un traitement médical ou chirurgical. Je comprends et accepte les conséquences de mon refus.

Instructions supplémentaires :

Signature : _____

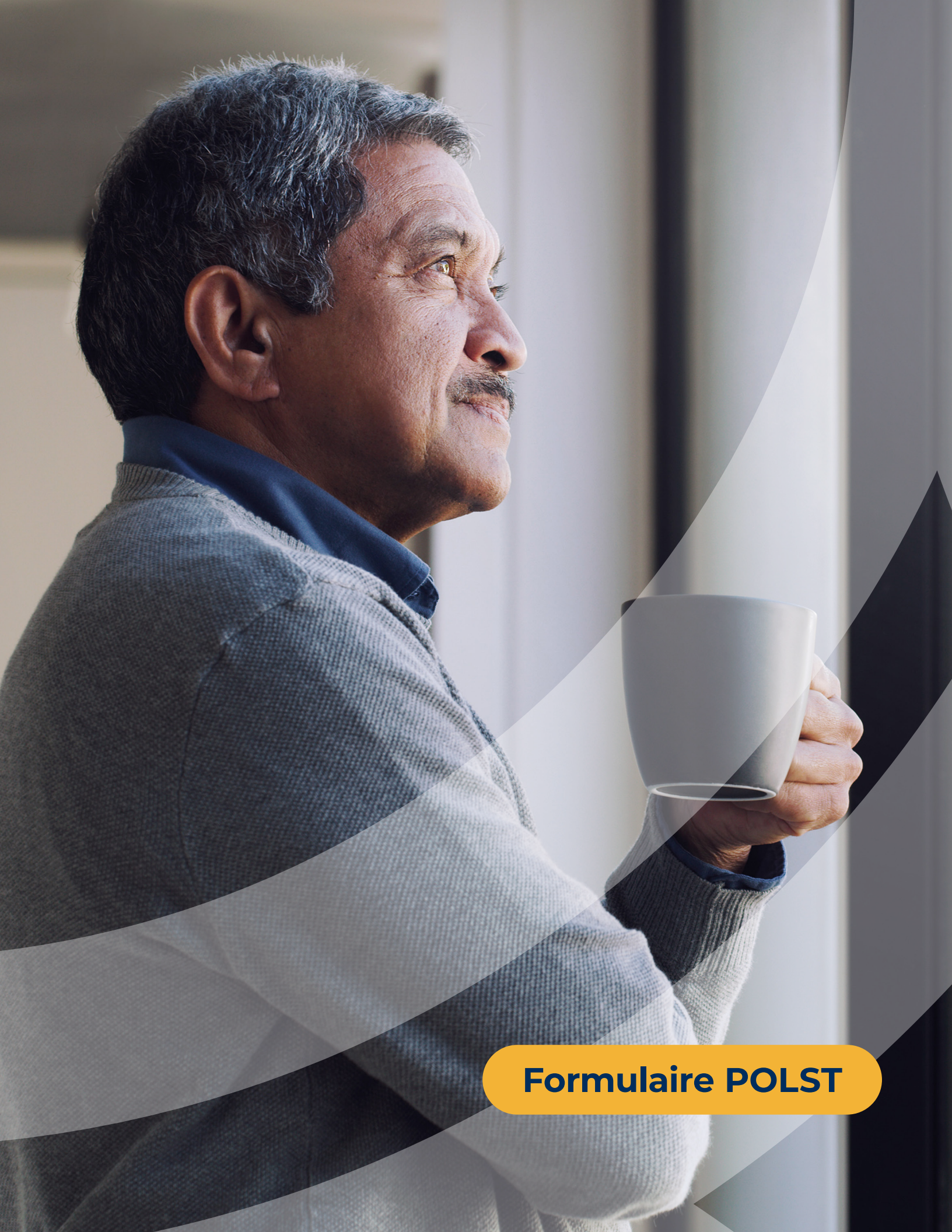
Ville, pays et état de résidence : _____

Date : _____

Je connais personnellement le/la déclarant(e) et le/la crois sain(e) d'esprit. Je déclare avoir vu le/la déclarant(e) signer la déclaration en ma présence (ou avoir reçu la confirmation de la part du/de la déclarant[e] qu'il/elle a signé la déclaration). J'ai moi-même signé la déclaration en tant que témoin, en présence du/de la déclarant(e). Je n'ai pas signé à la place du/de la déclarant(e) ci-dessus à sa demande. À la date de ce document, je ne suis en aucun cas bénéficiaire d'une partie de la propriété du/de la déclarant(e) conformément aux lois de successions ou, pour autant que je sache, bénéficiaire selon le testament du/de la déclarant(e) ou de tout autre document prenant effet au décès du/de la déclarant(e), ou directement responsable financièrement des soins médicaux du/de la déclarant(e).

Témoin : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____



Formulaire POLST





État de l'Illinois
Département de la santé publique

**FORMULAIRE UNIFORME DE DIRECTIVES DE TRAITEMENT
MAINTIEN EN VIE À L'INTENTION DES PRATICIENS DE L'IDPH
(POLST)**

Pour les patients : L'utilisation de ce formulaire est entièrement volontaire. Si vous le souhaitez, faites-vous accompagner par une personne de confiance lorsque vous discutez du formulaire POLST avec un prestataire de soins de santé. **Pour les prestataires de soins de santé :** Ne remplir ce formulaire qu'après avoir discuté avec le patient ou son représentant. Le processus de prise de décision POLST s'adresse aux patients qui risquent de subir un événement clinique mettant leur vie en danger parce qu'ils souffrent d'un état pathologique grave limitant leur espérance de vie, ce qui peut inclure une fragilité avancée. En cas de changement significatif de leur état de santé, il peut être nécessaire de rédiger de nouvelles directives.

INFORMATIONS SUR LE PATIENT. Pour les patients : L'utilisation de ce formulaire est entièrement volontaire.

| | | |
|---------------------------|-------------------|----|
| Nom de famille du patient | Prénom du patient | MI |
|---------------------------|-------------------|----|

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Date de naissance (mm/jj/aaaa) | Adresse (rue/ville/état/code postal) |
|--------------------------------|--------------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| A <i>Une réponse obligatoire</i> | DIRECTIVES POUR LE PATIENT EN ARRÊT CARDIAQUE. À suivre si le patient n'a PAS de pouls. | |
| | <input type="checkbox"/> OUI, RCP : Tenter une réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Utiliser toutes les modalités indiquées selon le protocole médical standard. (Il faut choisir Traitement complet dans la section B). | <input type="checkbox"/> PAS DE RCP : Ne pas tenter de réanimation (DNAR). |

| | | |
|--|---|--|
| B <i>La section peut être laissée vide</i> | POUR UN PATIENT QUI N'EST PAS EN ARRÊT CARDIAQUE. À suivre si le patient a un pouls. L'objectif est de maximiser le confort, quelle que soit l'option de traitement choisie. (Si aucune option n'est sélectionnée, suivre le traitement complet.) | |
| | <input type="checkbox"/> Traitement complet : L'objectif principal est de tenter de prévenir l'arrêt cardiaque en utilisant tous les traitements indiqués. Utiliser l'intubation, la ventilation mécanique, la cardioversion et tous les autres traitements indiqués. | |
| | <input type="checkbox"/> Traitement sélectif : L'objectif principal est de traiter les affections médicales avec des mesures médicales limitées. Ne pas intuber ou utiliser de ventilation mécanique invasive. Peut utiliser des formes non invasives de pression positive des voies respiratoires, y compris la CPAP et la BiPAP. Utilisation autorisée de perfusion IV, antibiotiques, vasopresseurs et antiarythmiques selon les indications. Transfert à l'hôpital si indiqué. | |

| | |
|--|--|
| C <i>La section peut être laissée vide</i> | Directives ou instructions supplémentaires. Ces directives s'ajoutent à celles mentionnés ci-dessus (par exemple, ne pas administrer de produits sanguins ; pas de dialyse). [Les protocoles du SAMU peuvent limiter la capacité des intervenants des urgences à agir selon les directives de cette section.] |
|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| D <i>La section peut être laissée vide</i> | DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION MÉDICALEMENT ADMINISTRÉE Proposer de la nourriture par voie orale si elle est tolérée. (En l'absence de sélection, suivre la norme de soins). | |
| | <input type="checkbox"/> Fournir une alimentation et une hydratation artificielles par tout moyen, y compris par voie entérale existante ou nouvelle. | |
| | <input type="checkbox"/> Période d'essai pour la nutrition et l'hydratation artificielles mais PAS de sondes placées par voie chirurgicale. | |

| | | |
|--------------------------------|--|------|
| E <i>Obligatoire</i> | Signature du patient ou du représentant légal. (Les documents signés par voie électronique sont acceptés). | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Nom en majuscules (obligatoire) | Date |
| | Signature (obligatoire) J'ai discuté des options de traitement et des objectifs de soins avec un professionnel de la santé. Si je signe en tant que représentant légal, à ma connaissance, les traitements choisis sont conformes aux préférences du patient. | |

| | | |
|--------------------------------|---|-----------|
| F <i>Obligatoire</i> | Praticien de soins de santé qualifié. Médecin, interne autorisé (deuxième année ou plus), infirmier en pratique avancée ou assistant médical (les documents signés par voie électronique sont acceptés). | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Nom du praticien autorisé en majuscules (obligatoire) | Téléphone |



State of Illinois
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

For patients: Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient's representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| PATIENT INFORMATION. For patients: Use of this form is completely voluntary. | | | | |
| Patient Last Name | | Patient First Name | | MI |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | | Address (street/city/state/ZIP code) | | |
| A <i>Required to Select One</i> | ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has NO pulse. | | | |
| | <input type="checkbox"/> YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing Full Treatment in Section B.) | | <input type="checkbox"/> NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR). | |
| B <i>Section may be Left Blank</i> | ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments. Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures. Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated. | | | |
| <input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death. Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting. | | | | |
| C <i>Section may be Left Blank</i> | Additional Orders or Instructions. These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.] | | | |
| | | | | |
| D <i>Section may be Left Blank</i> | ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION. Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes. | | | |
| | <input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes. | | | |
| <input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired. | | | | |
| E <i>Required</i> | Signature of Patient or Legal Representative. (eSigned documents are valid.) | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Printed Name (required) | | Date | |
| | | | | |
| | Signature (required) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient's preferences. | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Relationship of Signee to Patient: | | <input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care | | <input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list) |
| <input type="checkbox"/> Patient | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parent of minor | | | | |
| F <i>Required</i> | Qualified Health Care Practitioner. Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.) | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name (required) | | Phone | |
| | | | | |
| Signature of Authorized Practitioner (required) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences. | | Date (required) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

| | |
|---|-----------------------------|
| Signature du praticien autorisé (obligatoire) à ma connaissance, ces directives sont conformes à l'état médical et aux préférences du patient. X | Date (obligatoire) |
|---|-----------------------------|

****CETTE PAGE EST FACULTATIVE - à utiliser à des fins d'information**.**

| | | |
|---------------------------|-------------------|----|
| Nom de famille du patient | Prénom du patient | MI |
|---------------------------|-------------------|----|

L'utilisation du formulaire POLST (directives pour les praticiens pour le traitement de maintien en vie) de l'IDPH (département de la santé publique de l'Illinois) se fait toujours sur la base du volontariat. Ces directives enregistrent les souhaits du patient en matière de traitement médical dans son état de santé actuel. Le patient ou son représentant et le prestataire de soins de santé doivent réévaluer les interventions et en discuter régulièrement pour s'assurer que les traitements répondent aux objectifs de soins du patient. Ce formulaire peut être modifié à tout moment pour refléter de nouveaux souhaits.

Aucun formulaire ne peut traiter de toutes les décisions relatives aux traitements médicaux qui peuvent devoir être prises. La Directive anticipée de procuration pour les soins de santé (POAHC) est recommandée pour tous les adultes capables, quel que soit leur état de santé. Une POAHC permet à une personne de préciser ses futures instructions en matière de soins de santé et de nommer un représentant légal qui parlera en son nom si elle est incapable de le faire elle-même.

Directives anticipées disponibles pour le patient au moment de remplir ce formulaire

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Procuration pour soins de santé | <input type="checkbox"/> Déclaration de testament du vivant | <input type="checkbox"/> Déclaration pour un traitement de santé mentale | <input type="checkbox"/> Aucun document disponible |
|--|---|--|--|

Informations sur les professionnels de la santé

| | |
|----------------------|---------------------|
| Nom du préparateur | Numéro de téléphone |
| Titre du préparateur | Date de préparation |

Remplir le formulaire POLST de l'IDPH

- Le remplissage d'un formulaire POLST est toujours volontaire, ne peut être imposé et peut être modifié à tout moment.
- Le formulaire POLST doit refléter les préférences actuelles des personnes qui le remplissent ; encourager la rédaction d'un POAHC.
- Le consentement verbal/téléphonique du patient ou de son représentant légal est acceptable.
- Les directives effectuées de manière verbale/téléphonique sont acceptables avec une signature de suivi par un praticien autorisé, conformément à la politique de l'établissement/de la communauté.
- L'utilisation du formulaire original est encouragée. Les copies numériques et les photocopies, y compris les télécopies, sur n'importe quel papier de couleur sont légales et valides.
- Les formulaires comportant des signatures électroniques sont légaux et valides.
- Un professionnel de la santé qualifié peut être autorisé à exercer dans l'Illinois ou dans l'État où le patient est traité.

Examen d'un formulaire POLST

Ce formulaire POLST doit être examiné périodiquement et à la lumière des besoins et des désirs du patient, lesquels sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- transferts d'un environnement ou d'un niveau de soins vers un autre ;
- changements dans l'état de santé du patient ou utilisation de dispositifs implantables (par exemple, DAI/stimulateurs cérébraux) ;
- traitement en cours et les préférences du patient ; et
- changement du professionnel de soins référent du patient.

Annulation ou révocation d'un formulaire POLST

- Un patient capable peut annuler ou révoquer le formulaire, et/ou demander un traitement alternatif.
- Pour changer, modifier ou réviser un formulaire POLST, il faut remplir un nouveau formulaire POLST.
- Tracer une ligne couvrant les sections A à E et écrire « NUL » en travers de la page si un formulaire POLST est remplacé ou devient invalide.
- Sous l'inscription « NUL », inscrivez la date du changement et signez à nouveau.
- Si le formulaire est enregistré dans un dossier médical électronique, suivez toutes les procédures de révocation/annulation de l'établissement.

Loi sur les substituts de soins de santé de l'Illinois (755 ILCS 40/25) : Ordre de priorité

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuteur de la personne du patient 2. Conjoint(e) du patient ou partenaire d'une union civile enregistrée 3. Enfants adultes 4. Parents | <ol style="list-style-type: none"> 5. Frères et sœurs adultes 6. Petits-enfants adultes 7. Un(e) ami(e) proche du patient 8. Le gestionnaire du patrimoine du patient 9. Le gardien temporaire du patient nommé en vertu du paragraphe (2) de la section 2-10 de la loi sur le tribunal des mineurs de 1987 (Juvenile Court Act) si le tribunal a rendu une ordonnance accordant cette autorité en vertu du paragraphe (12) de la section 2-10 de la loi du tribunal des mineurs de 1987 (Juvenile Court Act). |
|---|---|

Pour plus d'informations, consultez la déclaration de l'IDPH sur le droit de l'Illinois à l'adresse <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

****THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes****

| | | | |
|---|--|--|---|
| Patient Last Name | | Patient First Name | MI |
| <p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p> | | | |
| Advance Directives available for patient at time of this form completion | | | |
| <input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care | <input type="checkbox"/> Living Will Declaration | <input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment | <input type="checkbox"/> None Available |
| Health Care Professional Information | | | |
| Preparer Name | | Phone Number | |
| Preparer Title | | Date Prepared | |

Completing the IDPH POLST Form

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

Reviewing a POLST Form

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

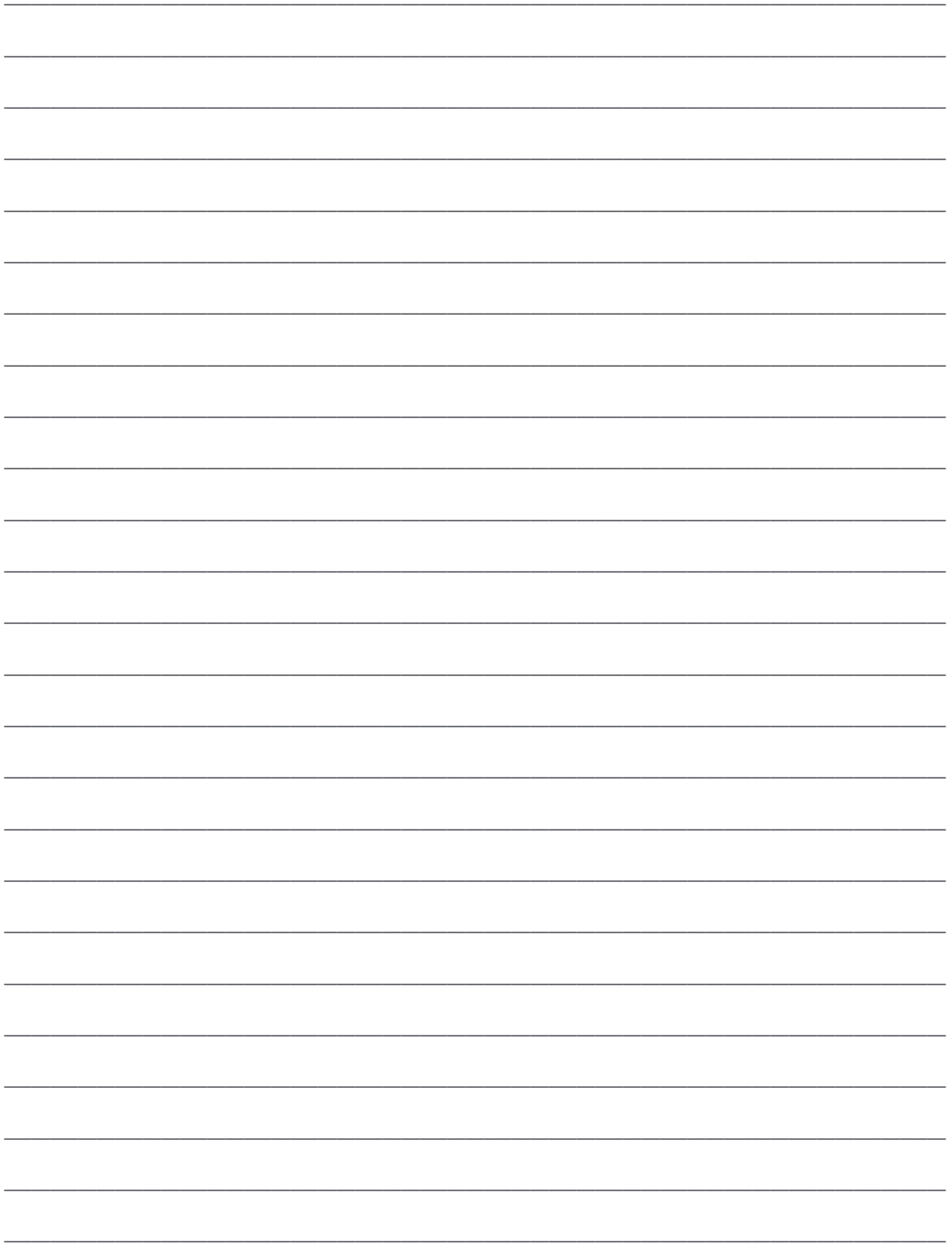
Voiding or revoking a POLST Form

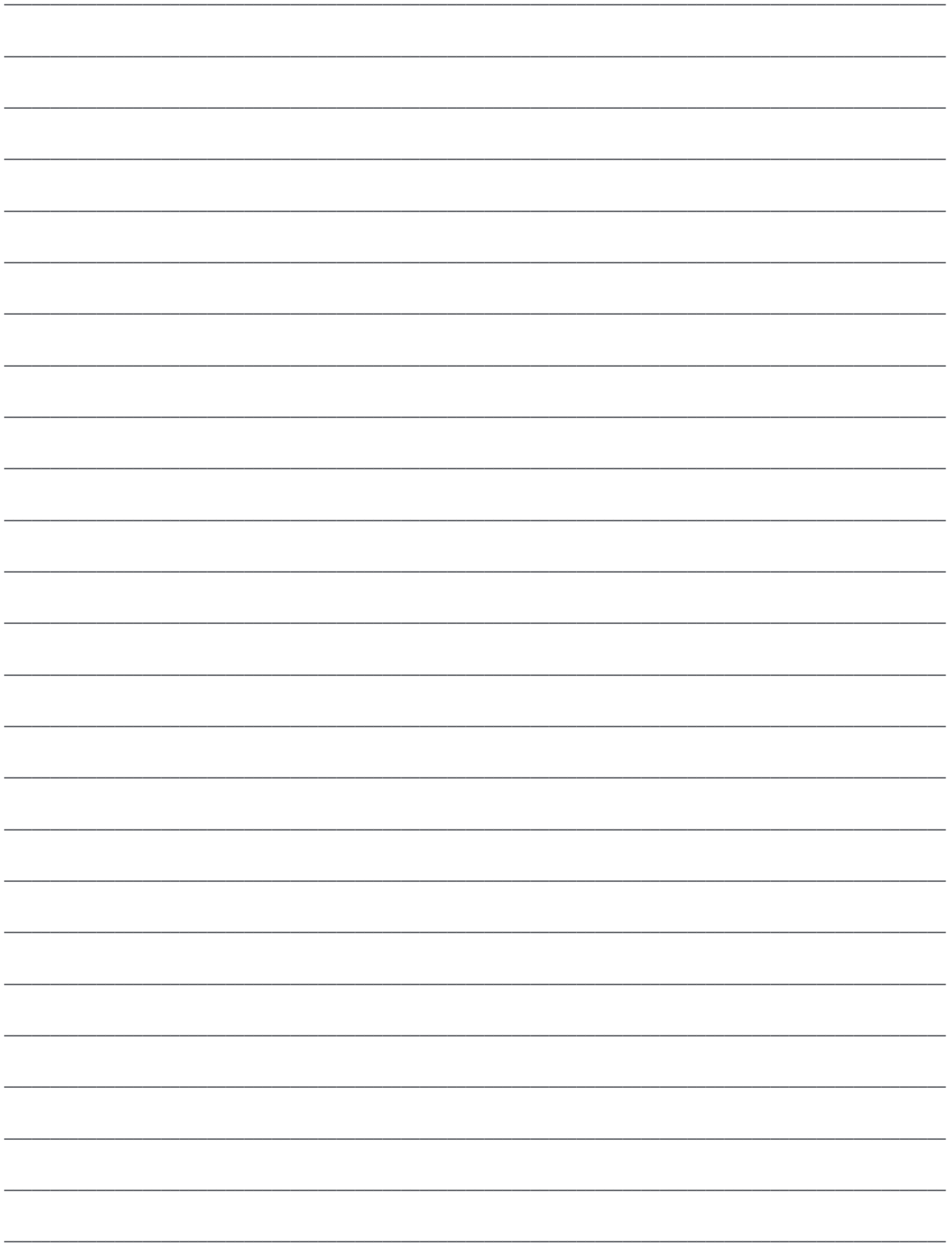
- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order

- | | |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person | 5. Adult siblings |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren |
| 3. Adult children | 7. A close friend of the patient |
| 4. Parents | 8. The patient’s guardian of the estate |
| | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>







rendez-nous visite sur
memorial.health

