

Directive préalable en matière de soins de santé



L'utilisation du présent formulaire est facultative; une directive préalable en matière de soins de santé est tout aussi valide, que le présent formulaire soit utilisé ou non.

La présente constitue la directive préalable de :

Nom _____
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

Partie 1 – Désignation d'un mandataire en matière de soins de santé

Vous pouvez désigner une ou plusieurs personnes qui auront le pouvoir de prendre des décisions au sujet de votre traitement médical quand vous serez incapable de prendre ces décisions vous-même. Vous pouvez sauter cette partie si vous ne souhaitez pas désigner un mandataire.

Par la présente, je désigne les personnes suivantes comme mandataires en matière de soins de santé.

1er mandataire

Nom _____
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

2e mandataire

Nom _____
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

3e mandataire

Nom _____
Adresse _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ Téléphone _____

Directive préalable en matière de soins de santé



Partie 3 – Valeurs et croyances

Dans cette partie, vous pouvez énoncer de façon générale vos valeurs, vos croyances et vos volontés afin d’orienter la prise de décisions par les fournisseurs de soins de santé et votre mandataire en matière de soins de santé (si vous avez choisi de nommer un mandataire).

Partie 4 – Signature et date

Votre directive préalable en matière de soins de santé est officielle une fois que vous et un témoin l’avez signée. Si vous n’êtes pas capable de signer, un remplaçant peut signer en votre nom. Cette personne doit signer la directive en votre présence et en présence d’un témoin. Le mandataire ou le conjoint ou la conjointe du mandataire ne peut être le remplaçant ou le témoin.

Signature _____ Date _____

Nom du remplaçant _____

Adresse _____

Signature _____ Date _____

Témoin

Le témoin doit être âgé d’au moins 19 ans.

Nom du témoin _____

Adresse _____

Signature _____ Date _____