



Formulaire 3un - 2021

Directive préalable sur les soins

Réalisé sous le

Loi de 2016 sur la planification et les décisions en matière de traitement médical (Vic.)

Une fois remplie, signée et attestée, cette directive préalable de soins remplace toute directive préalable de soins antérieure que vous auriez pu faire. Dying With Dignity Victoria vous recommande fortement de ne remplir ce formulaire qu'après mûre réflexion.

1. Données personnelles

Nom:	
Adresse:	
État:	
Code postal :	
Date de naissance:	

Mon état de santé actuel au moment de la signature :

<input type="checkbox"/> Je suis en bonne santé
<input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste m'informe que je souffre de(<i>décrivez votre diagnostic</i>).

Signé: _____

2. Directive pédagogique

Cette directive pédagogique est **juridiquement contraignante** et communique vos décisions de traitement médical directement à vos professionnels de la santé. Mourir avec dignité Victoria vous recommande fortement de consulter un médecin si vous choisissez de remplir cette directive pédagogique.

- **Votre directive pédagogique ne sera utilisée que si vous n'avez pas la capacité de prendre une décision de traitement médical.**
- Vos décisions de traitement médical dans cette directive pédagogique prennent effet comme si vous aviez consenti ou refusé de commencer ou de poursuivre un traitement médical.
- Si l'une de vos déclarations n'est pas claire ou incertaine dans des circonstances particulières, elle deviendra une directive sur les valeurs (voir page 5).
- Sous s51 de la *Loi sur la planification et les décisions en matière de traitement médical*, un professionnel de la santé peut ne pas être tenu de se conformer à votre directive d'instruction si les circonstances ont changé de sorte que la mise en œuvre de votre directive ne serait plus conforme à vos préférences et à vos souhaits.

Application de la présente directive pédagogique

La présente directive pédagogique doit s'appliquer **sauf si**:

[Se mettre d'accord](#) [Être en désaccord](#)

Je ne souffre que d'une perte de compétence passagère (temporaire), telle qu'une hypoglycémie ou un AIT (accident ischémique transitoire) ou une légère commotion cérébrale.

Je suis atteint d'une maladie grave mais de l'avis de deux médecins indépendants (dont au moins un spécialiste), je suis susceptible de retrouver un état d'autonomie et de compétence, sans souffrance physique ou psychologique profonde.

Signé: _____

Sous réserve des conditions ci-dessus dans « Application de la présente directive pédagogique » **Je déclare qu'en ce qui concerne une intervention médicale ou un traitement visant à prolonger ou à maintenir ma vie :**

Traitement

je refuse

l'accepte

Alimentation artificielle (nutrition et/ou hydratation)

Antibiotiques

Respiration artificielle

Toute intervention chirurgicale

Assistance circulatoire, y compris la RCR

Corrections des niveaux anormaux de toute substance toxique

Transfusion sanguine

Traitement médicamenteux de l'hyperglycémie/hypoglycémie

Traitement médicamenteux de l'hypertension/hypotension artérielle

Dialyse rénale

Plus loin, **je déclare** que tout symptôme pénible persistant (douleur, essoufflement et ceux causés par le manque de nourriture et de liquide) doit être **au maximum pallié** par un analgésique, un sédatif ou un autre traitement palliatif approprié (y compris en gardant les lèvres, la bouche et les yeux humides), même si ce traitement palliatif peut également avoir pour conséquence supplémentaire de raccourcir ma vie.

Signé: _____

Démence

On peut considérer que la démence progresse à travers un certain nombre d'étapes. Un classement comporte sept phases, les stades précoces (1-3) ne montrant qu'une légère détérioration et les stades ultérieurs (6-7) montrant un déclin cognitif sévère à très sévère. À partir du stade 5, un individu commence à avoir besoin d'aide pour survivre.

Compte tenu de ces étapes progressives, si je suis jugé par un médecin comme incompetent pour prendre des décisions concernant mon traitement médical et

Si je suis diagnostiqué avec n'importe quel stade de démence.

Seulement si on me diagnostique une démence de stade 6.

Seulement si on me diagnostique une démence de stade 7.

et aussi,

Peu importe si mes soins primaires sont à domicile/communautaire ou dans un établissement.

Uniquement si j'ai été admis en soins institutionnels continus.

Ensuite, je déclare que, à l'exception de l'utilisation d'antibiotiques pour des infections mineures ne mettant pas la vie en danger, je refuse tout traitement médical ayant pour but ou pour résultat de prolonger ma vie (comme indiqué à la page 3 ci-dessus) :

Même si j'ai l'air d'être satisfait comme le juge mon décideur de traitement médical.

Sauf si j'ai l'air d'être satisfait tel que jugé par mon décideur de traitement médical (et cette condition peut être révoquée si je n'ai plus l'air d'être content).

Je déclare également que:

Je refuse la nutrition et l'hydratation par l'alimentation assistée à la cuillère en toutes circonstances.

J'accepte l'alimentation à la cuillère, mais seulement si je semble l'accepter volontairement et apprécier ma nourriture, selon le jugement de mon décideur de traitement médical.

Cette condition peut être révoquée si mon MTDM juge par la suite que je n'accepte pas volontairement l'alimentation à la cuillère ou que je ne semble pas apprécier une telle alimentation.

⋮ Voir les sept stades de la maladie d'Alzheimer de Reisberg [ici](#) .

Signé: _____

3. Directive sur les valeurs

Consultez le site Web MyValues (www.myvalues.org.au) pour trouver des idées pour guider les réponses à cette section.

Si vous avez correctement rempli et signé la Directive pédagogique aux pages 2 et 3, elle prévaut sur les préférences que vous pouvez exprimer dans la présente Directive sur les valeurs. **Assurez-vous qu'il n'y a rien dans votre directive sur les valeurs qui contredit ce que vous avez indiqué dans votre directive pédagogique.**

Vous n'êtes pas tenu de remplir toutes les sections de la présente directive sur les valeurs.

(un) Qu'est-ce qui compte le plus dans ma vie (que signifie bien vivre pour vous ?)

Les points à considérer dans cette section pourraient être les croyances religieuses ou culturelles, la famille et les amis, les intérêts spirituels et l'indépendance. Expliquez pourquoi ceux-ci sont importants pour vous, afin que votre décideur de traitement médical comprenne ce que la qualité de vie signifie pour vous.

Signé: _____

(b) Ce qui m'inquiète le plus pour mon avenir, c'est :

Pour certaines personnes, cela peut inclure la douleur, le déménagement dans un établissement de soins, l'incapacité de maintenir des soins personnels, l'incapacité de participer à des activités sociales/familiales ou la perte de la capacité de communiquer.

(c) Pour moi, les résultats inacceptables d'un traitement médical après une maladie ou une blessure sont :

Pour certains, ne pas pouvoir reconnaître sa famille et ses amis serait inacceptable. D'autres peuvent ne pas souhaiter dépendre de machines ou de soignants.

Signé: _____

(ré) D'autres choses que j'aimerais savoir sont :

Autres questions que vous souhaitez que votre décideur de traitement médical prenne en considération. Il peut s'agir de votre lieu de soins préféré, des procédures de traitement médical ou des exigences spirituelles/religieuses/culturelles.

(e) Les autres personnes que j'aimerais voir impliquées dans les discussions sur mes soins sont :

Fournissez à votre décideur de traitement médical les détails de toute autre personne que vous souhaiteriez (ou ne souhaiteriez pas) impliquer dans les discussions concernant vos soins médicaux.

(F) Si je suis proche de la mort, les choses suivantes seraient importantes pour moi :

Considérez les personnes que vous aimeriez voir présentes. Vous souhaiterez peut-être que votre musique préférée soit diffusée, ou que des photos vous entourent ou que votre animal de compagnie soit avec vous.

Signé: _____

Don d'organe

En cas de décès :

Je suis prêt à être considéré pour le don d'organes et de tissus et je reconnais que des interventions médicales peuvent être nécessaires pour que le don ait lieu

Je ne veux pas être considéré pour le don d'organes et de tissus.

Je déclare avoir complété ce document après mûre réflexion.

Je me réserve le droit de révoquer cette directive préalable sur les soins à tout moment, mais à moins que je ne le fasse ainsi, il devrait être considéré comme représentant mes directions continues.

Signé: _____

4. Décideurs du traitement médical

VEUILLEZ NOTER : Cette section répertorie uniquement votre ou vos décideurs en matière de traitement médical. Cela fait pas nommer officiellement une personne au poste de décideur en matière de traitement médical. Cela doit être fait en remplissant le formulaire *Nomination d'un décideur de traitement médical*.

J'ai nommé comme décideur(s) de traitement médical :

Décideur du traitement médical 1

Nom:	
Date de naissance:	
Adresse:	
Numéro de téléphone:	

Décideur de traitement médical 2

Nom:	
Date de naissance:	
Adresse:	
Numéro de téléphone:	

Signé: _____

5. Témoignage

Vous devez signer en face de deux témoins adultes.

Le témoin 1 doit être un médecin. Le témoin 2 peut être un autre adulte.

Aucun des témoins ne peut être une personne que vous avez désignée comme votre décideur de traitement médical.

Votre signature:	
Date:	

Chaque témoin certifie que :

- Au moment de la signature du document, la personne donnant la directive préalable sur les soins semblait avoir la capacité de prendre des décisions concernant chaque énoncé de la directive
- Au moment de signer le document, la personne donnant la directive préalable sur les soins semblait comprendre la nature et l'effet de chaque énoncé de la directive
- La personne a semblé signer librement et volontairement le document
- La personne a signé le document en ma présence et en présence du deuxième témoin, et
- Je ne suis pas un décideur de traitement médical désigné pour la personne.

Témoin 1 - Médecin agréé

Nom complet:	
Qualification et Numéro AHPRA :	
Signé:	
Date:	

Témoin 2 - Un autre adulte

Nom complet:	
Signé:	
Date:	

Signé: _____

Que faire de ce formulaire

- Conservez le formulaire original avec vous. Donnez des copies à votre décideur de traitement médical, à votre famille, à vos amis et à tout médecin traitant. Conservez des copies de rechange avec vous au cas où vous seriez admis à l'hôpital ou seriez traité par d'autres médecins ou professionnels de la santé.
- Assurez-vous que votre décideur de traitement médical a lu et comprend parfaitement le formulaire.
- Votre directive préalable sur les soins peut être téléchargée dans Mon dossier de santé.

Commentaires

Dying With Dignity Victoria vous recommande fortement de consulter régulièrement ce document, car vos souhaits peuvent changer ou il peut y avoir des progrès dans la technologie médicale. Il serait sage de revoir le document tous les deux ans ou si l'état de votre santé change de manière significative.

Chaque fois que vous examinez votre document et que vos souhaits ont ne pas modifié, signez et datez l'un des accusés de réception ci-dessous. Si vos souhaits ont changé, vous devez remplir une nouvelle directive préalable sur les soins.

Examen du document : 1

J'affirme que j'ai examiné ce document et qu'il n'y a rien que je souhaite changer.

Signé:	
Date:	

Examen du document : 2

J'affirme que j'ai examiné ce document et qu'il n'y a rien que je souhaite changer.

Signé:	
Date:	

Examen du document : 3

J'affirme que j'ai examiné ce document et qu'il n'y a rien que je souhaite changer.

Signé:	
Date:	

Signé: _____