

# Directives anticipées en matière de soins de santé *(Advance Directive for Health Care)*

OREGON



## PROJET DE SOINS anticipé

mes valeurs, mes choix, mes soins

[kp.org/lifecareplan](http://kp.org/lifecareplan)



Toutes les assurances proposées sont garanties par Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.  
500 NE Multnomah Street, Suite 100, Portland, OR, 97232

# PROJET DE SOINS anticipé

mes valeurs, mes choix, mes soins

Nom et prénom (*Full name*) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical (*Medical record number*) : \_\_\_\_\_

## Introduction

Merci de prendre le temps de consulter et de compléter vos directives anticipées en matière de soins de santé. Chez Kaiser Permanente, nous considérons qu'il s'agit d'une première étape importante dans la planification de votre projet de soins anticipés.

Remplir ce document permet d'informer votre équipe de soins de santé de vos valeurs et de vos choix en matière de soins de santé, et identifie la personne qui s'exprimera en votre nom si vous n'en êtes pas capable.

Si vous avez déjà rempli des directives anticipées sur les soins de santé par le passé, ces nouvelles directives les remplaceront. À l'avenir, si vous souhaitez changer de personne de confiance ou vous en passer, vous devez le faire par écrit et signer ce document, ou vous pouvez en informer votre médecin traitant en personne.

Si vous avez des questions pour remplir ce document, l'aide suivante est disponible :



En ligne - [kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)



Cours - cours sur les projets de soins anticipés proposés par les services Engagement en soins de santé et bien-être. Appelez le 1-866-301-3866 (numéro gratuit)



Pour parler à quelqu'un, contactez nos coach santé au 1-866-301-3866 (numéro gratuit)

# Directives anticipées en matière de soins de santé pour l'Oregon

(Oregon Advance Directive for Health Care)

**Ce formulaire de directives anticipées vous permet de :**

- Partager vos valeurs, vos convictions, vos objectifs et vos souhaits en matière de soins de santé si vous n'êtes plus capable de vous exprimer à ce sujet.
- Nommer une personne qui prendra pour vous les décisions en matière de soins de santé si vous n'êtes plus capable de les prendre vous-même. Cette personne s'appelle la personne de confiance et doit accepter ce rôle.

**Pensez à parler de vos Directives anticipées et de vos souhaits à votre personne de confiance.**

Cela lui permettra de prendre des décisions en accord avec vos souhaits. Il est recommandé de remplir la totalité de ce formulaire.

**Le formulaire de directives anticipées en matière de soins de santé pour l'Oregon et Votre guide sur les directives anticipées pour l'Oregon sont disponibles sur le site Web des Autorités de santé de l'Oregon.**

- Dans les sections 1, 2, 5, 6 et 7, vous désignez une personne de confiance.
- Dans les sections 3 et 4, vous fournissez des instructions sur vos soins.

**Le formulaire de directives anticipées vous permet d'exprimer vos préférences en matière de soins de santé.** Il est différent du POLST (Ordre au médecin de maintien en vie) comme défini dans l'ORS 127.663. Vous trouverez de plus amples informations sur le POLST dans votre Guide sur les directives anticipées pour l'Oregon.

**Ce formulaire peut être utilisé dans l'Oregon pour désigner une personne qui prendra des décisions en matière de soins de santé à votre place si vous n'êtes plus en état de vous exprimer** ou si vous êtes incapable de prendre des décisions médicales pour vous-même. Ce représentant est appelé personne de confiance. Si vous n'avez pas désigné de personne de confiance et que vous n'êtes plus en état de vous exprimer, un représentant des soins de santé sera nommé pour vous selon l'ordre de priorité énoncé dans l'ORS 127.635 (2) et cette personne pourra uniquement décider de refuser ou d'interrompre les traitements de maintien en vie si vous remplissez l'une des conditions énoncées dans l'ORS 127.635 (1).

**Ce formulaire vous permet également d'exprimer vos valeurs et vos convictions en ce qui concerne vos préférences en matière de soins de santé.**

**Si vous avez déjà établi des directives anticipées par le passé, ces nouvelles directives anticipées les remplaceront.**

**Vous devez signer ce formulaire afin qu'il prenne effet.** Vous devez également le faire attester par deux témoins ou un notaire. La désignation d'une personne de confiance ne prend effet que lorsque celle-ci accepte ce rôle.

**Si dans vos directives anticipées, vous avez indiqué que vous ne souhaitez pas être maintenu en vie artificiellement (appareils respiratoires ou sonde d'alimentation) et que vous changez d'avis, vous pouvez annuler la directive à tout moment et de quelque manière que ce soit.**

**Dans tous les autres cas,** vous pouvez annuler vos directives anticipées à tout moment et de quelque manière que ce soit, tant que vous êtes en mesure de prendre des décisions médicales.

**Type de document** (Document type) : **Directives anticipées** (Advance Directive)

Nom et prénom (Full name) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## 1. À propos de moi *(About me)*

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

*(Name [first, middle, last])* : \_\_\_\_\_

Date de naissance *(Date of birth)* : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe *(Home phone)* : \_\_\_\_\_ Portable *(Cell phone)* : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel *(Work phone)* : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail *(Email)* : \_\_\_\_\_

Adresse postale *(Mailing address)* : \_\_\_\_\_

## 2. Mes personnes de confiance *(My health care representatives)*

Je désigne la personne suivante comme personne de confiance pour prendre des décisions en matière de soins de santé à ma place au cas où je ne serais plus en mesure de parler en mon nom.

**Ma personne de confiance principale** *(Primary health care representative)*

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

*(Name [first, middle, last])* : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient *(Relationship)* : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe *(Home phone)* : \_\_\_\_\_ Portable *(Cell phone)* : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel *(Work phone)* : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail *(Email)* : \_\_\_\_\_

Adresse postale *(Mailing address)* : \_\_\_\_\_

Je désigne les personnes suivantes comme représentants suppléants au cas où la personne de confiance désignée ne serait pas disponible pour prendre des décisions en matière de soins de santé à ma place ou dans le cas où j'annulerais la désignation de la première personne de confiance.

**Premier représentant suppléant** *(First alternate health care representative)* :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

*(Name [first, middle, last])* : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient *(Relationship)* : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe *(Home phone)* : \_\_\_\_\_ Portable *(Cell phone)* : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel *(Work phone)* : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail *(Email)* : \_\_\_\_\_

Adresse postale *(Mailing address)* : \_\_\_\_\_

**Deuxième représentant suppléant** *(Second alternate health care representative)* :

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

*(Name [first, middle, last])* : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient *(Relationship)* : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe *(Home phone)* : \_\_\_\_\_ Portable *(Cell phone)* : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel *(Work phone)* : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail *(Email)* : \_\_\_\_\_

Adresse postale *(Mailing address)* : \_\_\_\_\_

**Type de document** *(Document type)* : **Directives anticipées** *(Advance Directive)*

Nom et prénom *(Full name)* : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_

### 3. Mes instructions concernant mes soins de santé *(My health care instructions)*

Cette section est l'endroit où vous pouvez exprimer vos souhaits, vos valeurs et vos objectifs en matière de soins de santé. Vos instructions servent de guide à votre personne de confiance et à votre équipe soignante.

Vous pouvez donner des conseils sur vos soins de santé à l'aide des choix que vous faites ci-dessous. C'est le cas même si vous ne choisissez pas de personne de confiance ou s'il est impossible de la joindre.

#### A. Mes décisions concernant mes soins de santé *(My health care decisions)*

Il existe trois situations ci-dessous vous permettant d'exprimer vos souhaits. Elles vous aideront à réfléchir aux types de décisions en matière de maintien en vie auxquelles votre personne de confiance pourrait avoir à faire face. Pour chacune d'elles, choisissez l'option qui répond le mieux à vos souhaits.

##### a. Phase terminale *(Terminal condition)*

Voici ce que je veux si :

- J'ai une maladie qui ne peut être ni soignée ni stoppée

**ET**

- Mon équipe soignante considère que celle-ci ne me laisse que 6 mois à vivre, quels que soient les traitements.

##### Paraphez une seule option uniquement *(Initial one option only)*

<input type="checkbox"/>	Je souhaite essayer tous les traitements disponibles pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Je souhaite essayer de me maintenir en vie à l'aide de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par sonde et solutions intraveineuses. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.)</i> Je ne souhaite pas d'autres traitements pour me maintenir en vie, tels que les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
<input type="checkbox"/>	Je ne souhaite pas de traitements pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.)</i> Je souhaiterais bénéficier de soins de confort et pouvoir mourir naturellement. <i>(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
<input type="checkbox"/>	Je souhaite que ma personne de confiance décide pour moi, après avoir discuté avec mon équipe soignante et avoir tenu compte de ce qui est important pour moi. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.)</i> J'ai exprimé ce qui est important pour moi dans la section B ci-dessous. <i>(I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

##### b. Maladie évolutive avancée *(Advanced progressive illness)*

Voici ce que je veux si :

- J'ai une maladie qui est à un stade avancé

**ET**

- Mon équipe soignante pense qu'elle ne s'améliorera pas, s'aggravera probablement avec le temps et finira par me tuer

**Type de document** *(Document type)* : **Directives anticipées** *(Advance Directive)*

Nom et prénom *(Full name)* : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_

**ET**

- Mon équipe soignante pense que je ne pourrai plus jamais :
  - Communiquer
  - Avaler de la nourriture et de l'eau sans que cela représente un danger
  - Prendre soin de moi
  - Reconnaître ma famille et d'autres personnes

<b>Paraphez une seule option uniquement</b> <i>(Initial one option only)</i>	
	Je souhaite essayer tous les traitements disponibles pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
	Je souhaite essayer de me maintenir en vie à l'aide de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par sonde et solutions intraveineuses. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.)</i> Je ne souhaite pas d'autres traitements pour me maintenir en vie, tels que les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
	Je ne souhaite pas de traitements pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.)</i> Je souhaiterais bénéficier de soins de confort et pouvoir mourir naturellement. <i>(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
	Je souhaite que ma personne de confiance décide pour moi, après avoir discuté avec mon équipe soignante et avoir tenu compte de ce qui est important pour moi. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.)</i> J'ai exprimé ce qui est important pour moi dans la section B ci-dessous. <i>(I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

**c. État de coma prolongé** *(Permanently unconscious)*

Voici ce que je veux si :

- Je me trouve dans le coma

**ET**

- Si mon équipe soignante pense qu'il est très peu probable que je me réveille un jour

<b>Paraphez une seule option uniquement</b> <i>(Initial one option only)</i>	
	Je souhaite essayer tous les traitements disponibles pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I want to try all available treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis and breathing machines.)</i>
	Je souhaite essayer de me maintenir en vie à l'aide de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par sonde et solutions intraveineuses. <i>(I want to try to sustain my life with artificial feeding and hydration with feeding tubes and IV fluids.)</i> Je ne souhaite pas d'autres traitements pour me maintenir en vie, tels que les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want other treatments to sustain my life, such as kidney dialysis and breathing machines.)</i>
	Je ne souhaite pas de traitements pour me maintenir en vie, tels que l'alimentation et l'hydratation artificielles par sondes, les solutions intraveineuses, les dialyses rénales et les respirateurs. <i>(I do not want treatments to sustain my life, such as artificial feeding and hydration with feeding tubes, IV fluids, kidney dialysis or breathing machines.)</i> Je souhaiterais bénéficier de soins de confort et pouvoir mourir naturellement. <i>(I want to be kept comfortable and be allowed to die naturally.)</i>
	Je souhaite que ma personne de confiance décide pour moi, après avoir discuté avec mon équipe soignante et avoir tenu compte de ce qui est important pour moi. <i>(I want my health care representative to decide for me, after talking with my health care providers and taking into account the things that matter to me.)</i> J'ai exprimé ce qui est important pour moi dans la section B ci-dessous. <i>(I have expressed what matters to me in section B below.)</i>

**Type de document** *(Document type)* : **Directives anticipées** *(Advance Directive)*Nom et prénom *(Full name)* : \_\_\_\_\_Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_

Vous pouvez écrire dans l'espace ci-dessous ou joindre des pages pour en dire plus sur le type de soin que vous souhaitez ou ne souhaitez pas. (You may write in the space below or attach pages to say more about what kind of care you want or do not want.)

---

---

---

---

**B. Ce qui compte le plus à mes yeux** (What matters most to me and for me)

Cette section s'applique uniquement lorsque vous êtes en phase terminale, souffrez d'une maladie évolutive avancée ou êtes en état de coma prolongé. Si vous souhaitez utiliser cette section, vous pouvez communiquer les choses qui sont vraiment importantes à vos yeux. Cela pourra aider votre personne de confiance.

Voici ce que vous devez savoir sur ce qui est important à mes yeux : (This is what you should know about what is important to me about my life:)

Voici ce qui a le plus d'importance pour moi dans la vie : (This is what I value the most about my life:)

Voici ce qui est important pour moi dans la vie : (This is what is important for me about my life:)

Je ne souhaite pas faire l'objet de procédures de maintien en vie si je ne suis plus capable des choses suivantes : (I do not want life-sustaining procedures if I can not be supported and be able to engage in the following ways:)

Paraphez tout ce qui s'applique (Initial all that apply)	
<input type="checkbox"/>	Exprimer mes besoins (Express my needs)
<input type="checkbox"/>	Ne pas subir de douleurs importantes et de souffrance à long terme (Be free from long-term severe pain and suffering)
<input type="checkbox"/>	Savoir qui je suis et qui est à mes côtés (Know who I am and who I am with)
<input type="checkbox"/>	Vivre sans être maintenu en vie artificiellement (Live without being hooked up to mechanical life support)
<input type="checkbox"/>	Participer à des activités qui ont une signification pour moi, comme : (Participate in activities that have meaning to me, such as:)

Si vous souhaitez en dire plus pour aider votre personne de confiance à comprendre ce qui compte le plus à vos yeux, écrivez-le ici. (If you want to say more to help your health care representative understand what matters most to you, write it here.) (Par exemple : ((For example:)) je ne veux pas de soins si ceux-ci peuvent générer...) (I do not want care if it will result in...))

---

---

---

---

**Type de document** (Document type) : **Directives anticipées** (Advance Directive)

Nom et prénom (Full name) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical (Medical record number) : \_\_\_\_\_

### C. Mes convictions spirituelles *(My spiritual beliefs)*

Avez-vous des convictions spirituelles ou religieuses que vous souhaitez que votre personne de confiance et ceux qui s'occupent de vous connaissent ? Il peut s'agir de rituels, de sacrements, de refus de transfusions sanguines, etc.

Vous pouvez écrire dans l'espace ci-dessous ou joindre des pages pour en dire plus sur vos convictions spirituelles ou religieuses. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your spiritual or religious beliefs.)*

---

---

---

---

## 4. Plus d'informations *(More information)*

Utilisez cette section si vous souhaitez que votre personne de confiance et votre équipe soignante connaissent d'autres informations sur vous.

### A. Vie et valeurs *(Life and values)*

Vous pouvez partager ci-dessous des informations sur votre vie et vos valeurs. Celles-ci peuvent aider votre personne de confiance et votre équipe soignante à prendre des décisions sur vos soins de santé. Ces informations peuvent inclure votre historique familial, des expériences précédentes de soins de santé, votre milieu culturel, votre système d'assurance maladie, etc.

Vous pouvez écrire dans l'espace ci-dessous ou joindre des pages pour en dire plus sur votre vie, vos convictions et vos valeurs. *(You may write in the space below or attach pages to say more about your life, beliefs and values.)*

---

---

---

---

### B. Lieu de soin *(Place of care)*

S'il existe un choix quant au lieu où vous recevez vos soins, que préférez-vous ? Existe-t-il des lieux dans lesquels vous souhaitez ou ne souhaitez pas recevoir de soins ? (Par exemple un hôpital, une maison de retraite, un hôpital psychiatrique, un foyer pour adultes, une maison médicalisée, votre maison.)

Vous pouvez écrire dans l'espace ci-dessous ou joindre des pages pour en dire plus sur l'endroit où vous préféreriez recevoir ou ne pas recevoir de soins. *(You may write in the space below or attach pages to say more about where you prefer to receive care or not receive care.)*

---

---

---

---

**Type de document** *(Document type)* : **Directives anticipées** *(Advance Directive)*

Nom et prénom *(Full name)* : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_



### C. Autres (Other)

Vous pouvez joindre à ce formulaire d'autres documents que vous considérez comme utiles à votre personne de confiance et à votre équipe soignante. Les pièces jointes feront partie de vos Directives anticipées.

Vous pouvez établir une liste des documents que vous avez joints dans l'espace ci-dessous.  
(You may list documents you have attached in the space below.)

---

---

---

---

### D. Informer les autres (Inform others)

Vous pouvez donner l'autorisation à votre personne de confiance d'autoriser votre équipe soignante, dans l'étendue permise par les lois régionales et fédérales sur la vie privée, à discuter de votre état de santé et de vos soins avec les personnes que vous avez nommées ci-dessous. Seule votre personne de confiance peut prendre des décisions sur vos soins de santé.

Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille)

(Name [first, middle, last]) : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient (Relationship) : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe (Home phone) : \_\_\_\_\_ Portable (Cell phone) : \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel (Work phone) : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail (Email) : \_\_\_\_\_

Adresse postale (Mailing address) : \_\_\_\_\_

## 5. Ma signature (My signature)

Ma signature (My signature) : \_\_\_\_\_

Date (Date) : \_\_\_\_\_

## 6. Témoin (Witness)

Remplissez la section A ou B lorsque vous signez. (Complete either A or B when you sign.)

### A. Notaire (Notary)

État de (State of) : \_\_\_\_\_ Comté de (County of) : \_\_\_\_\_

Signé ou attesté devant moi le (Signed or attested before me on) \_\_\_\_\_ (date (date) par (by)

\_\_\_\_\_ (nom) (name), devant notaire - État de l'Oregon

Signature (Signature) : \_\_\_\_\_

**Type de document (Document type) : Directives anticipées (Advance Directive)**

Nom et prénom (Full name) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical (Medical record number) : \_\_\_\_\_

## B. Déclaration du témoin *(Witness declaration)*

La personne qui remplit ce formulaire m'est personnellement connue ou a fourni une preuve de son identité. Elle a signé ou reconnu la signature de la personne sur le document en ma présence et ne semble pas être sous la contrainte. Elle comprend le but et les implications de ce formulaire. De plus, je ne suis pas la personne de confiance désignée par la personne, ni l'un de ses représentants suppléants, et je ne fais pas partie de l'équipe soignante qui traite la personne concernée.

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

*(Witness Name [print])* : \_\_\_\_\_

Signature *(Signature)* : \_\_\_\_\_

Date *(Date)* : \_\_\_\_\_

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

*(Witness Name [print])* : \_\_\_\_\_

Signature *(Signature)* : \_\_\_\_\_

Date *(Date)* : \_\_\_\_\_

## 7. Approbation par la personne de confiance désignée *(Acceptance by my health care representative)*

J'approuve cette désignation et j'accepte de remplir le rôle de personne de confiance.

**Personne de confiance** : *(Health care representative)*

Nom en caractères d'imprimerie *(Printed name)* : \_\_\_\_\_

Signature ou autre confirmation d'approbation

*(Signature or other verification of acceptance)* : \_\_\_\_\_

Date *(Date)* : \_\_\_\_\_

**Premier représentant suppléant** *(First alternate health care representative)* :

Nom en caractères d'imprimerie *(Printed name)* : \_\_\_\_\_

Signature ou autre confirmation d'approbation

*(Signature or other verification of acceptance)* : \_\_\_\_\_

Date *(Date)* : \_\_\_\_\_

**Second représentant suppléant** *(Second alternate health care representative)* :

Nom en caractères d'imprimerie *(Printed name)* : \_\_\_\_\_

Signature ou autre confirmation d'approbation

*(Signature or other verification of acceptance)* : \_\_\_\_\_

Date *(Date)* : \_\_\_\_\_

**Accessibilité des documents** : pour les personnes souffrant d'un handicap ou celles qui parlent une autre langue que l'anglais, OHA peut fournir des informations dans d'autres formats, comme des traductions, des gros caractères ou du braille. Contactez le Centre d'informations de santé au 1-971-673-2411, 711 TTY ou à l'adresse **COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us**.

**Type de document** *(Document type)* : **Directives anticipées** *(Advance Directive)*

Nom et prénom *(Full name)* : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical *(Medical record number)* : \_\_\_\_\_

## Étapes suivantes

Maintenant que vous avez établi vos directives anticipées sur les soins de santé, il est également recommandé de suivre les étapes suivantes.

### Échangez avec vos proches :

- Revoyez attentivement vos volontés en matière de soins de santé avec votre personne de confiance (si vous ne l'avez pas déjà fait). Assurez-vous qu'elle se sente en mesure d'assumer cette responsabilité importante pour vous à l'avenir.
- Parlez au reste de votre famille et à vos amis proches qui pourraient être impliqués si vous souffrez d'une maladie ou d'une blessure grave. Assurez-vous qu'ils savent qui est votre personne de confiance et qu'ils connaissent vos volontés.

### Fournissez des copies de vos directives anticipées :

- Vos personnes de confiance
- Votre équipe de soins de santé ou
- Envoyez directement vos directives anticipées pour qu'elles soient ajoutées à votre dossier médical
  - Utilisez votre compte kp.org, accédez à la section des dossiers médicaux et choisissez le titre Projet de soins anticipés.
  - Envoyez vos directives anticipées à l'adresse suivante : Kaiser Permanente Process Center  
Medical Records, Advance Directive  
10220 SE Sunnyside Road,  
Clackamas, OR 97015-9734

### Emportez vos documents avec vous :

- Si vous vous rendez à l'hôpital ou dans une maison de retraite, emportez une copie de vos directives anticipées en matière de soins de santé et demandez à ce qu'elle soit placée dans votre dossier médical.
- Si vous vous absentez de chez vous pour une période prolongée, pensez à emporter une copie.

### Réexaminez régulièrement vos volontés :

- Reconsidérez vos volontés en matière de soins de santé chaque fois que l'un des « cinq D » se produit :

**Décennie** - lorsque vous entamez chaque nouvelle décennie de votre vie

**Décès** - à chaque fois que vous perdez un être cher

**Divorce** - lorsque vous traversez un divorce ou tout autre changement familial majeur

**Diagnostic** - lorsque l'on vous diagnostique un problème de santé grave

**Déclin** - lorsque vous ressentez un déclin ou une détérioration significative d'un état de santé existant, en particulier lorsque vous ne pouvez plus vivre seul

### Modifications de vos directives anticipées en matière de soins de santé :

Si vos souhaits venaient à changer, remplissez de nouvelles directives anticipées en matière de soins de santé, informez-en votre personne de confiance et votre famille, et remettez-en une copie à Kaiser Permanente.

**Type de document** (*Document type*) : **Directives anticipées** (*Advance Directive*)

Nom et prénom (*Full name*) : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier médical (*Medical record number*) : \_\_\_\_\_

# PROJET DE SOINS anticipé

mes valeurs, mes choix, mes soins

**Vous avez besoin d'aide ?**  
**[kp.org/lifecareplan](https://kp.org/lifecareplan)**

