



# Mourir dans la Dignité Canada

C'est votre vie, votre choix.

## NOUVEAU-BRUNSWICK

### Directive préalable en matière de soins de santé : Instructions

Dans le formulaire de Directive préalable en matière de soins de santé que vous trouverez ci dessous, vous pouvez établir vos préférences en ce qui concerne les soins, au cas où vous ne seriez plus en mesure de prendre des décisions. Vous trouverez aussi un document distinct qui vous permet de désigner une personne qui prendra les décisions à votre place; au Nouveau-Brunswick, cette personne est un mandataire.

Lisez entièrement le formulaire de Directive préalable en matière de soins de santé et ne commencez pas à le remplir avoir d'avoir lu les instructions.

- 1.** Lisez chaque ligne attentivement et rayez toutes celles qui ne s'appliquent pas à vous ou avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord. Il y a des espaces supplémentaires où vous pouvez ajouter des circonstances qui ne sont pas mentionnées; par exemple, vous pourriez avoir une maladie héréditaire que vous souhaitez ajouter.
- 2.** Veuillez prêter une attention particulière à la section 4 de la Directive préalable en matière de soins de santé. Si vous **NE SOUHAITEZ PAS** que votre vie soit prolongée dans les conditions que vous avez énoncées aux sections 1, 2 et 3, vous devez alors rayer complètement la section 4. Si vous **SOUHAITEZ** que votre vie soit prolongée en toute circonstance et demandez que tous les traitements médicaux applicables vous soient fournis, vous devez alors rayer les sections 1, 2 et 3 et ne laisser que les instructions que vous donnez dans la section 4.
- 3.** Aucun témoin n'est requis pour créer votre Directive préalable en matière de soins de santé.
- 4.** Faites des copies du formulaire de Directive préalable en matière de soins de santé avant de le signer et d'y apposer la date, afin que chacune porte une signature originale.

5. Remettez un exemplaire de votre Directive préalable en matière de soins de santé à la personne que vous avez désignée comme votre mandataire en matière de soins de santé. Parlez à votre médecin et demandez-lui de mettre la Directive préalable en matière de soins de santé dans votre dossier médical. Conservez une copie dans un endroit où on pourra facilement la trouver en cas d'urgence. Laissez une note bien en vue, par exemple fixée sur le réfrigérateur avec un aimant, indiquant où trouver votre Directive préalable en matière de soins de santé et le nom de la personne à appeler en cas d'urgence. Ne conservez pas votre directive de soins anticipés sous clé dans un coffret de sûreté.

### **SI VOUS CHANGEZ D'AVIS :**

Vous pouvez toujours changer d'avis. Nous vous conseillons de revoir votre Directive préalable en matière de soins de santé au moins tous les trois ans. S'il n'y a pas de changement à apporter, signez-la de nouveau et apposez-y la nouvelle date. Un espace est prévu à cette fin au bas du formulaire. Si votre état de santé a changé, ou si vous avez revu certaines des directives que vous aviez inscrites, demandez-nous de vous envoyer un nouveau formulaire et recommencez à zéro. N'oubliez pas de dire à toutes les personnes concernées par vos soins que vous avez revu votre Directive préalable en matière de soins de santé.

# DIRECTIVE PRÉALABLE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Je révoque toutes les Directives précédentes en matière de soins de santé.

S'il venait un moment où je n'aurais pas la capacité de donner des directives pour mes soins de santé, la présente déclaration constituera l'expression de mes souhaits et de mes directives.

Si je ne suis pas en mesure de prendre des décisions uniquement parce que je suis maintenu sous sédatif, je souhaite que l'on retire la sédation, afin que je puisse étudier rationnellement ma situation et décider par moi-même d'accepter ou de refuser un traitement particulier.

1. Dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes, j'ordonne qu'on me procure uniquement les soins qui permettront d'assurer mon confort et d'éliminer la douleur, sans prolonger le processus de la mort :

- a) Une maladie grave aiguë, de nature irréversible
- b) Une maladie chronique débilante de nature permanente
- c) Un stade avancé de démence

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

2. Dans les circonstances exposées à la section 1 ci-dessus, je refuse expressément ce qui suit :

- a) Une stimulation électrique, mécanique ou autre stimulation artificielle de mon cœur
- b) La mise sous respirateur ou ventilateur
- c) L'alimentation artificielle, par exemple par gastrotomie, sonde naso-gastrique ou cathéter veineux central
- d) Être nourri si je suis incapable de le faire moi-même
- e) Une hydratation artificielle par cathéter veineux
- f) Des antibiotiques
- g) Le transfert vers une unité de soins intensifs ou un établissement similaire

h) \_\_\_\_\_

i) \_\_\_\_\_

3. J'ordonne expressément ce qui suit :

- a) Qu'on m'administre les médicaments nécessaires pour atténuer ma douleur et mes symptômes, même si ces médicaments risquent de raccourcir mon espérance de vie
- b) Qu'on me prodigue des soins palliatifs
- c) Je préférerais recevoir des soins et mourir à la maison **OU**

Je préférerais recevoir des soins et mourir dans un centre de soins palliatifs

**(Vous devez choisir une seule option à l'alinéa 3c) et rayer ce qui ne s'applique pas)**

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

Remarque pour la section 4 : Si vous **NE SOUHAITEZ PAS** que votre vie soit prolongée dans les conditions que vous avez établies aux sections 1, 2 et 3, vous devez rayer complètement la section 4. Si vous **SOUHAITEZ** que votre vie soit prolongée en toute circonstance et que voulez recevoir tous les traitements applicables à votre état de santé, vous devez rayer complètement les sections 1, 2 et 3 et laisser seulement les instructions que vous donnez à la section 4.

4. J'ordonne expressément ce qui suit : Je souhaite que ma vie soit prolongée et que l'on me prodigue tous les traitements essentiels au maintien de la vie, applicables à mon état de santé.

5. Si mon prestataire de soins de santé ne respecte pas la présente Directive préalable en matière de soins de santé, je demande que mes soins soient confiés à un autre prestataire de soins de santé qui respectera mes droits reconnus par la loi.

6. Si je suis patient dans un hôpital ou en hébergement dans un établissement de soins ou de soins de longue durée qui ne respecte pas la présente Directive préalable en matière de soins de santé, je demande un transfert dans un autre hôpital ou établissement de soins.

**Remarque au sujet du point 7 :** Si vous **NE SOUHAITEZ PAS** donner de directives au sujet de l'aide médicale à mourir, rayez ce point. Si vous **SOUHAITEZ** donner des directives au sujet de l'aide médicale à mourir, veuillez les inscrire ci-dessous.

7. Je comprends que les lois actuelles du Canada ne m'autorisent pas à demander d'avance l'aide médicale à mourir, ni n'autorisent mon mandataire à consentir en mon nom à l'aide médicale à mourir. Cependant, si la loi devait être modifiée et autorisait alors mon mandataire et les prestataires de soins de santé à agir selon mes instructions rédigées ci-dessous, je souhaite qu'ils le fassent. Voici mes instructions au sujet de l'aide médicale à mourir : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date initiale : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Revu le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Revu le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Revu le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## Procuration pour soins personnels : Instructions

Vous trouverez ci-dessous le formulaire par lequel vous désignez votre mandataire ou fondé de pouvoir aux soins personnels au Nouveau-Brunswick.

- 1.** Vous devez signer votre procuration en présence de **deux témoins**. Les témoins **NE PEUVENT PAS** être la personne que vous avez désignée comme fondé de pouvoir aux soins personnels, ni son conjoint ou son enfant. Vos témoins doivent être âgés d'au moins 19 ans.
- 2. SI** vous êtes incapable de signer vous-même le formulaire de Procuration pour soins personnels, vous pouvez demander à une autre personne de le faire en votre nom, en votre présence et en la présence de vos deux témoins. La personne qui signe en votre nom **NE PEUT PAS** être votre fondé de pouvoir aux soins personnels, ni son conjoint ou son enfant.
- 3.** Au Nouveau-Brunswick, une Procuration pour soins personnels peut être un document distinct ou peut être combinée à une Procuration relative aux biens. Vous pouvez désigner la même personne pour les deux cas ou désigner une personne pour les soins personnels et médicaux et une autre pour les questions financières et juridiques. Lorsque vous voulez désigner un fondé de pouvoir pour les biens, vous devez consulter un avocat.
- 4. Remarque :** Vous devez consulter un avocat si vous souhaitez désigner plusieurs fondés de pouvoir devant agir conjointement, si vous souhaitez que votre Procuration pour soins personnels soit combinée avec votre Procuration relative aux biens ou si vous pensez que votre situation comporte des circonstances particulières qui ne sont pas prises en compte dans les formulaires de Mourir dans la dignité Canada. En consultant un avocat, vous vous assurez de bien comprendre toutes les possibilités qui s'offrent à vous et d'avoir une Procuration pour soins personnels conforme aux lois de votre province. Le formulaire fourni dans la présente Trousse de planification préalable des soins correspond à une Procuration pour soins personnels indépendante. Il est fortement recommandé que vous et vos témoins fassiez authentifier le document portant vos signatures par un avocat ou un notaire, car certaines autorités n'accepteront pas le document autrement. Demandez à votre avocat ou à votre notaire de vous remettre des exemplaires notariés du formulaire signé de Procuration pour soins personnels, afin que vous et chacun de vos fondés de pouvoir aux soins personnels disposiez d'un document portant les dates et les signatures originales. Conservez votre exemplaire dans un endroit où on pourra facilement le trouver en cas d'urgence et laissez une note bien en vue indiquant où trouver votre Procuration pour soins personnels et votre Directive préalable en matière de soins de santé, ainsi que le nom de la personne à appeler en cas d'urgence. Ne conservez pas votre exemplaire de ces documents sous clé dans un coffret de sûreté.

### SI VOUS CHANGEZ D'AVIS

Vous pouvez toujours changer d'avis. Commencez par une déclaration indiquant que vous révoquez toute Procuration pour soins personnels, puis remplissez un nouveau formulaire, de la même manière que vous l'avez fait pour le précédent. Veillez à informer votre ancien fondé de pouvoir aux soins personnels et toute autre personne à qui vous avez remis un exemplaire du formulaire de Procuration pour soins personnels que vous avez fait ces changements.

# Procuration pour soins personnels

Je révoque toute Procuration pour soins personnels antérieure.

1. La présente Procuration est accordée par \_\_\_\_\_ (nom)

de \_\_\_\_\_ (ville) dans la province du Nouveau-Brunswick.

2. Je nomme \_\_\_\_\_ pour agir en tant que

mon fondé de pouvoir aux soins personnel, conformément à la *Loi sur les procurations durables*.

3. Si la personne désignée ci-dessus \_\_\_\_\_ était ou

devenait incapable d'agir en tant que fondé de pouvoir ou refusait de le faire, je nomme

\_\_\_\_\_ pour agir en tant que mon fondé de pouvoir

aux soins personnel, conformément à la *Loi sur les procurations durables*.

4. Si les deux personnes désignées ci-dessus, soit \_\_\_\_\_

et \_\_\_\_\_, étaient ou devenaient à quelque

moment incapables d'agir en tant que fondés de pouvoir ou refusaient de le faire, je nomme

\_\_\_\_\_ pour agir en tant que mon fondé de pouvoir aux

soins personnel, conformément à la *Loi sur les procurations durables*.

5. J'accorde à mon fondé de pouvoir aux soins personnel le pouvoir de prendre des décisions en mon

nom pour toutes les questions personnelles de matière non financière qui me concernent.

J'ai signé cette Procuration pour soins personnels en présence des témoins dont les noms figurent ci dessous.

J'ai apposé ma signature le \_\_\_\_\_ (date)

Signature: \_\_\_\_\_

**TÉMOINS :**

Nous avons signé cette Procuracion pour soins personnels en présence de la personne dont le nom apparaît ci-dessus, à la date mentionnée ci-dessus.

Signature : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Signature de l'avocat ou du notaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Estampillez, tapez ou écrivez lisiblement le nom : \_\_\_\_\_