



## PROCUARATION DURABLE POUR SOINS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

### Prenez le temps de réfléchir avant de remplir ce formulaire.

La procuration durable pour soins personnels vous permet de nommer un ou plusieurs fondés de pouvoir aux soins personnels pour agir en votre nom relativement à vos soins personnels lorsque vous ne serez plus apte à le faire. S'il y en a plus d'un, les fondés de pouvoir aux soins personnels doivent agir de concert.

### Fondé(s) de pouvoir aux soins personnels

Si je ne peux plus prendre de décisions au sujet de mes soins et de mes traitements, je demande que mes volontés (exprimées verbalement ou dans mes directives en matière de soins de santé) soient respectées.

Si d'autres directives sont nécessaires, j'autorise mon/mes fondé(s) de pouvoir aux soins personnels à prendre des décisions au sujet de mes soins et de traitements.

Nom du fondé de pouvoir<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature du patient ou d'un tiers : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nom du fondé de pouvoir<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Signature du patient ou d'un tiers : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nom du premier témoin<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

Signature du premier témoin<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du deuxième témoin<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

Signature du deuxième témoin<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



## PROCUARATION DURABLE POUR SOINS PERSONNELS

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

### 1. Le(s) fondé(s) de pouvoir aux soins personnels :

- Doit/ doivent être âgé(s) d'au moins 19 ans.

### 2. Les témoins :

- Doivent être présents lorsque le patient ou le tiers signe et date les directives;
- Ne peuvent pas être le fondé de pouvoir aux soins personnels, ni l'époux(se), ni le/la conjoint(e) de fait, ni l'enfant du fondé de pouvoir aux soins personnels;
- Doit/ doivent être âgé(s) d'au moins 19 ans.

\*\*\*\*\*

Apportez une copie de ce document au Service des archives cliniques de l'hôpital et gardez l'original.

Donnez également une copie à votre médecin ainsi qu'à votre famille.

Pensez à réviser vos directives en matière de soins de santé au moins une fois par année.

Si vous les changez, remplacez toutes les anciennes copies par de nouvelles copies. Vos directives en matière de soins de santé demeurent valides jusqu'à leur révision.