

## Les questions à poser pour la rédaction de vos directives médicales anticipées : un manuel pratique pour une planification efficace

Les directives médicales anticipées, souvent appelées «**directives anticipées**» ou «**testament de vie**», vous permettent de spécifier vos préférences en matière de soins de santé au cas où vous deviendriez incapable de les exprimer par la suite, que vous soyez en fin de vie ou dans un état de démence avancé.

Ces directives guident les professionnels de la santé ainsi que vos proches dans les décisions médicales à prendre si vous n'êtes plus en mesure de le faire.

Lorsque vous rédigez vos directives médicales anticipées, elles portent la même force juridique que si vous aviez exprimé vos souhaits verbalement, contrairement au mandat de protection qui concerne spécifiquement l'acharnement thérapeutique.

Ces directives sont enregistrées au Registre de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec) et doivent être respectées, même en cas d'opposition de certains membres de la famille ou du personnel hospitalier.

Si vous préparez vos directives avec votre notaire, c'est lui qui se chargera de les enregistrer au Registre de la RAMQ.

C'est la meilleure façon de vous assurer que vos directives médicales anticipées seront accessibles et respectées en cas d'incapacité à consentir à des soins.

### Conjoint 1 choix

Nom :

Prénom :

#### 01. Je suis en fin de vie

|                  |              |  |
|------------------|--------------|--|
| <b>Soins A :</b> | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| <b>Soins B :</b> | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| <b>Soins C :</b> | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| <b>Soins D :</b> | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| <b>Soins E :</b> | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |

#### 02. J'ai une maladie grave et irréversible, entraînant coma végétatif

|                  |              |  |
|------------------|--------------|--|
| <b>Soins A :</b> | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| <b>Soins B :</b> | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| <b>Soins C :</b> | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| <b>Soins D :</b> | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| <b>Soins E :</b> | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |

### 03. J'ai une maladie grave et irréversible, touchant mes fonctions cognitives (Alzheimer démence etc.)

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Soins A : | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| Soins B : | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| Soins C : | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| Soins D : | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| Soins E : | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |

### Conjoint 2 choix

Nom :

Prénom :

### 01. Je suis en fin de vie

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Soins A : | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| Soins B : | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| Soins C : | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| Soins D : | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| Soins E : | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |

### 02. J'ai une maladie grave et irréversible, entraînant coma végétatif

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Soins A : | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| Soins B : | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| Soins C : | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| Soins D : | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| Soins E : | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |

### 03. J'ai une maladie grave et irréversible, touchant mes fonctions cognitives (Alzheimer démence etc.)

|           |              |  |
|-----------|--------------|--|
| Soins A : | Je consens à | Je refuse la réanimation cardio-respiratoire   |
| Soins B : | Je consens à | Je refuse la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique |
| Soins C : | Je consens à | Je refuse de recevoir un traitement de dialyse   |
| Soins D : | Je consens à | Je refuse l'alimentation forcée ou artificielle  |
| Soins E : | Je consens à | Je refuse l'hydratation forcée ou artificielle   |