



# Health Care Directive

## Directive relative aux soins de santé

Prince Edward Island Consent to Treatment and Health Care Directives Act

Loi sur le consentement au traitement et les directives relatives aux soins de santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Please see the Notes section for information about completing the form.

Veillez voir la section des Notes servant à remplir le présent formulaire.

1. This is the health care directive of:

*Le présent document est la directive relative aux soins de santé de :*

Name/Nom		Date of Birth/Date de naissance	
Address/Adresse			
City/Ville	Province	Postal Code/Code postal	
Telephone/Téléphone	Personal Health Number/Numéro de la carte santé		

2. I understand that this Health Care Directive and the authority of a proxy become effective if I am not capable of making or communicating a decision about treatment.

*Je comprends que la présente directive relative aux soins de santé et l'autorité du mandataire entrent en vigueur si je suis incapable de prendre une décision ou de la communiquer à propos de mon traitement.*

3. Proxy – See Notes – You may name **one or more persons** who will have the authority to make decisions concerning your health care when you do not have the ability to make those decisions yourself. **Appointing proxies is optional.**

*Procuration – Voir les Notes – Vous pouvez nommer **une ou plusieurs personnes** qui auront l'autorité de prendre des décisions à propos de vos soins de santé si vous êtes incapable de décider vous-même. **La nomination d'un ou de plusieurs mandataires est facultative.***

I revoke any previous health care directive made by me and appoint the following person(s) to be my proxy(ies):

*Je révoque toute directive antérieure relative aux soins de santé et je nomme la (ou les) personne(s) suivante(s) pour être mon (mes) mandataire(s) :*

Name of proxy 1/Nom du 1 <sup>er</sup> mandataire		Telephone/Téléphone	
Address/Adresse			
City/Ville	Province	Postal Code/Code postal	

Name of proxy 2/Nom du 2 <sup>e</sup> mandataire		Telephone/Téléphone
Address/Adresse		
City/Ville	Province	Postal Code/Code postal

4. My proxies shall act:
- Jointly (make decisions together)
- Successively (second proxy decides if first proxy is not available)

*Mes mandataires agiront :*

- conjointement (prendront les décisions ensemble)*
- successivement (le second mandataire décide si le premier n'est pas disponible)*

5. If the person(s) I have appointed is(are) unable to act, I appoint the following person to act as my proxy:

*Si la (les) personnes que j'ai nommée(s) est (sont) incapable(s) d'agir, je nomme la personne suivante pour agir comme mon mandataire :*

Name of alternate proxy/Nom du mandataire suppléant		Telephone/Téléphone
Address/Adresse		
City/Ville	Province	Postal Code/Code postal

6. I give my proxy(ies) the authority to make any health care decisions for me that I am not capable of making for myself, subject to the instructions contained in this document.

*Je donne à mon (mes) mandataire(s) l'autorité de prendre toute décision au sujet de mes soins de santé que je suis incapable de prendre pour moi-même, sujet aux instructions contenues dans le présent document.*

**7-A. My Directions for Health Care**

(See Notes for examples of health conditions and treatment options.)

This section is where you consider potential health conditions and treatment options. You may indicate wishes either to request or to refuse a treatment; you may want to state that you are unsure about a treatment preference and that you would like a certain treatment tried for a period of time but discontinued if no improvement results.

***Mes instructions relatives aux soins de santé***

*(Voir dans les Notes les exemples d'états de santé et d'options de traitement.)*

*Dans la présente section, vous étudiez les états de santé possibles et les options de traitement. Vous pouvez indiquer que vous souhaitez soit demander un traitement, soit le refuser. Ou encore, vous pouvez vouloir dire que vous n'êtes pas certain à propos d'une préférence de traitement, et que vous aimeriez qu'on essaie un certain traitement pour une période de temps, mais qu'on l'arrête s'il n'y a pas d'amélioration.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7-B. **My Personal Value Statement**

(See Notes for examples of value statements.)

Because all potential situations cannot be covered by this form, you may choose to make a general statement(s) about your values regarding health care treatment. This will assist your proxy(ies) or other substitute decision-maker in making decisions on your behalf.

**La déclaration de mes valeurs personnelles**

(Voir dans les Notes les exemples de déclarations de valeurs.)

Parce qu'il est impossible de traiter de toutes les situations possibles dans ce formulaire, nous vous offrons le choix de faire une ou plusieurs déclarations au sujet des valeurs auxquelles vous croyez dans les soins à vous donner. Cela aidera votre/vos mandataire(s), ou les autres personnes ayant à décider au nom d'autrui, à prendre des décisions en votre nom.

---

---

---

---

---

---

---

---

8. **Organ and Tissue Donation — Donation is optional.**

I wish to donate

my body  any needed organs or tissues

the following organs or tissues: \_\_\_\_\_

for the following purpose(s):  therapeutic  transplantation  medical education

scientific research OR  any purpose authorized by law

**Don d'organe et de tissu (facultatif)**

Je souhaite donner

mon corps  tout organe ou tissu dont on a besoin

les organes ou les tissus suivants : \_\_\_\_\_

pour les fins suivantes :  thérapeutiques  transplantation  formation médicale

recherche scientifique OU  toute autre fin autorisée par la loi

9. I want the wishes and directions expressed in this health care directive and the spirit of this document carried out to the fullest extent possible. No person who carries out this health care directive, whether a health practitioner, proxy, hospital administrator, friend, family member or any other person, shall be held responsible in any way—legally, morally, or professionally—for any consequences arising from the implementation of my wishes.

*Je veux que mes souhaits et instructions exprimés dans la présente directive relative aux soins de santé et que l'esprit du présent document soient respectés en entier. Aucune personne qui exécutera cette directive relative aux soins de santé, qu'il s'agisse d'un(e) professionnel(le) de la santé, d'un mandataire, d'un administrateur d'hôpital, d'un(e) ami(e), d'un membre de la famille ou de toute autre personne, ne peut être tenu(e) responsable d'aucune façon—légalement, moralement ou professionnellement—d'une conséquence émanant de l'application de mes souhaits.*

10. I sign this document while capable.

*Je signe le présent document alors que je suis capable de le faire.*

Date \_\_\_\_\_ My signature/Ma signature \_\_\_\_\_

**OR** if you are capable but for some reason unable to sign, this document must be signed by another person and witnessed. The person signing and the witness **CANNOT** be the proxy or spouse of the proxy.

***OU** si vous êtes incapable de signer pour quelque raison que ce soit, ce document doit être signé par une autre personne en présence d'un témoin. La personne qui signe et celle qui est témoin **NE PEUVENT PAS** être votre mandataire ou votre conjoint(e).*

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Witness/Témoin \_\_\_\_\_

11. I agree to be the proxy for the maker of this health care directive. Proxy appointment is not valid unless signed by proxy(ies) or another person at the direction of the proxy.

*Je consens/nous consentons à être mandataire(s) pour la personne qui donne la présente directive relative aux soins de santé. La nomination d'un(e) mandataire n'est pas valide à moins qu'il/elle signe ou qu'une autre personne signe à la demande du mandataire.*

Date \_\_\_\_\_ Proxy 1/1<sup>er</sup> mandataire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Proxy 2/2<sup>e</sup> mandataire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Alternate Proxy/Mandataire suppléant \_\_\_\_\_

## Notes for Completing the Health Care Directive

### Proxy

The role of a proxy is to consider your expressed wishes and best interests when treatment decisions need to be made on your behalf. It is a good idea to appoint a substitute proxy who would act if the first proxy predeceases you or is unable to act. The *Health Care Directives Act* says a proxy must have knowledge of your circumstances, and have been in recent contact with you. When the decision of a proxy is required and the directive does not give specific instructions, the proxy shall make a decision based on your best interests. If you name more than one proxy, you can indicate how you wish them to act: JOINTLY (make decisions together) or SUCCESSIVELY (second proxy decides if the first proxy is not available). **If how you wish them to act is not indicated, proxies shall act successively.**

### Examples of Health Conditions

- Terminal illness—there is no known cure, such as some types of cancer.
- Irreversible condition—there is no possibility of a complete recovery. Examples of conditions include AIDS, certain cancers, stroke, Parkinson's disease, or Alzheimer's disease.
- Reversible condition—a condition that may be cured without any remaining disability, such as pneumonia, bleeding ulcers.
- Permanent coma—a permanent state of unconscious.
- Stroke—damage to the brain causing weakness, partial paralysis, difficulty with speech, etc. Symptoms may or may not improve.
- Dementia—a progressive and irreversible deterioration in brain function causing trouble with thinking clearly, recognizing people and communicating. Dementia gradually worsens.

### Examples of Treatment Options

- Cardiopulmonary resuscitation—chest compressions, drugs, electric shocks and artificial breathing to restore heartbeat.
- Mechanical breathing—respiration by machine, through a tube in the throat.
- Artificial nutrition and hydration—giving nutrition and fluid through a tube in the veins, nose or stomach.
- Major surgery—such as gall bladder removal.
- Kidney dialysis—cleaning the blood by machine or by fluid passed through the abdomen.
- Chemotherapy—using drugs to fight cancer.
- Minor surgery—such as wisdom teeth removal.
- Invasive diagnostic tests—such as using a flexible tube to look into the stomach.
- Simple diagnostic tests—such as blood tests or x-rays.
- Blood or blood products—such as giving transfusions.
- Antibiotics—drugs to fight infection.
- Pain medications—drugs to ease pain and suffering but which may dull consciousness and indirectly shorten life. Consider that you may have more than one serious health condition. For example, you had a severe stroke and later developed pneumonia requiring treatment with antibiotics to live. If you had not experienced a stroke, would your wishes for antibiotic treatment be different?

### Examples of Value Statements

- Do everything possible to maintain life.
- I would prefer to receive treatment at home if this does not cause undue stress on my caregivers.
- I only want measures that enhance comfort or minimize pain.
- I do not want invasive procedures (surgery).
- My religious beliefs will not allow me to consent to the following treatments or procedures...

### Organ/Tissue Donation

The *Human Tissue Donation Act* provides for a person to consent to the donation of their body or body parts for purposes indicated on the form.

### Agreement of Proxy

The appointment of a proxy is valid **only** if the proxy or another person at the direction of the proxy agrees to the appointment in writing prior to your incapacity. A proxy shall be at least 16 years of age and capable of making health care decisions.

## Notes supplémentaires à la directive relatives aux soins de santé

### Mandataire

Le rôle du mandataire consiste à réfléchir à vos préférences et au mieux de vos intérêts quand il faut prendre des décisions de traitement en votre nom. Ce n'est pas une mauvaise idée de nommer un mandataire suppléant qui agira si le premier mandataire décède avant vous ou s'il est incapable d'agir. La *Consent to Treatment and Health Care Directives Act* (Loi sur le consentement au traitement et les directives relatives aux soins de santé) affirme qu'un mandataire doit connaître votre situation et avoir été en contact récemment avec vous. Lorsque la décision d'un mandataire est requise et que la directive ne fournit pas d'instructions précises, le mandataire doit prendre une décision au mieux de vos intérêts. Si vous désignez plus d'un mandataire, vous pouvez indiquer comment vous désirez qu'ils agissent : **CONJOINTEMENT** (qu'ils prennent des décisions ensemble) ou **SUCCESSIVEMENT** (le second mandataire décide si le premier n'est pas disponible). **Si vous n'indiquez pas comment vous désirez qu'ils agissent, ils agiront successivement.**

### Exemples d'états de santé

- Maladie terminale—pour laquelle on ne connaît pas de cure, telle que certains types de cancer.
- Maladie irréversible—sans possibilité de rétablissement complet. Au nombre des maladies irréversibles, mentionnons le SIDA, certains cancers, l'accident vasculaire cérébral (AVC), la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.
- Maladie réversible—maladie qui peut être guérie sans laisser de trace, telle que la pneumonie, les saignements gastriques.
- Coma permanent—état d'inconscience permanent.
- Accident vasculaire cérébral—dommage au cerveau causant une faiblesse, une paralysie partielle, des difficultés à parler, etc. Les symptômes peuvent s'améliorer ou non.
- Démence—détérioration progressive et irréversible de la fonction cérébrale, laquelle empêche de parler clairement, de reconnaître les gens et de communiquer. La démence s'aggrave progressivement.

### Exemples d'options de traitement

- Réanimation cardio-respiratoire—massages cardiaques, médicaments, chocs électriques et respiration artificielle pour rétablir le rythme cardiaque.
- Ventilation mécanique—machine qui permet de respirer au moyen d'un tube dans la gorge.
- Alimentation et hydratation artificielles—donner de la nourriture solide et liquide au moyen d'un tube dans les veines, le nez ou l'estomac.
- Chirurgie importante—telle que l'ablation de la vésicule biliaire.
- Dialyse rénale—nettoyage du sang au moyen d'une machine ou en faisant passer des fluides par l'abdomen.
- Chimiothérapie—utilisation de médicaments pour combattre le cancer.
- Chirurgie mineure—telle que l'ablation d'une dent de sagesse.
- Techniques diagnostiques envahissantes—telles que l'utilisation d'un tube flexible pour voir dans l'estomac.
- Tests de diagnostic simples—tels que les analyses sanguines ou les rayons-X.
- Sang ou produits sanguins—tels que donner des transfusions.
- Antibiotiques—médicaments pour combattre l'infection.
- Médicaments contre la douleur—médicaments pour soulager la douleur et les souffrances mais qui peuvent endormir la conscience et indirectement raccourcir la vie. Pensez que vous pourriez avoir plus d'une maladie sérieuse. Par exemple, avoir souffert d'un accident vasculaire cérébral et développer une pneumonie par la suite exigeant un traitement avec des antibiotiques pour survivre. Si vous n'aviez pas eu d'accident vasculaire cérébral, souhaiteriez-vous que le traitement aux antibiotiques soit différent?

### Exemples de déclarations de valeurs

- Faites tout votre possible pour me garder en vie.
- Je préférerais être soigné à la maison si cela n'est pas trop difficile pour les personnes qui me soignent.
- Je ne veux rien d'autre qu'un traitement qui me donne plus de confort ou minimise mes douleurs.
- Je ne veux pas de procédure envahissante (chirurgie).
- Mes croyances religieuses ne me permettent pas de consentir aux traitements ou aux procédures suivantes.

### Don d'organes ou de tissus

La *Human Tissue Donation Act* (Loi sur le don de tissus humains) prévoit qu'une personne peut consentir à donner son corps ou des parties de son corps aux fins mentionnées sur le formulaire.

### Accord du mandataire

La nomination d'un mandataire n'est valide que si le mandataire, ou une autre personne à sa demande, consent à la nomination par écrit avant votre incapacité. Le/la mandataire doit être âgé(e) d'au moins 16 ans et être capable de prendre des décisions relatives aux soins de santé.

## Health Care Directive Background Information

### **What is a health care directive?**

A health care directive is a legal document describing the amount and type of health care you want, should you become incapable of making decisions on your own. Anyone who is 16 years of age or older and capable of making health care decisions can make a directive. A health care directive needs to be in writing, dated, and signed. This form is a sample, since a special form or format is not required. A health care directive never takes priority over a capable person's consent.

### **What does a health care directive include?**

In your health care directive you can appoint a proxy—a person whom you trust—to make health care decisions on your behalf. Your directive can be specific, outlining treatment, procedures or medication that you may or may not wish to have. Or your directive can be general, simply stating your beliefs and directions should decisions need to be made for you by others. For example, you may state that if you are ever in a coma you do not wish to have life supports beyond a certain period of time.

### **Will my wishes be followed?**

A health care practitioner must decide if you are capable of making health care decisions. If you are not capable, the wishes expressed in your directive must be followed, provided they are realistically possible and are consistent with the ethical standards of the health care practitioner.

It helps to let others know that you have prepared a health care directive—your family, friends, clergy, lawyer or doctor. You may want to discuss your decisions with them, provide them with copies of your health care directive, and have a copy placed in your medical records file at your local hospital.

### **What does capable mean?**

Capable means that you are able to understand the information relevant to making a decision about a treatment, and to appreciate the consequences of that decision. Capacity can fluctuate—you may be incapable at one time and capable at another; or incapable of some treatment decisions yet capable of other treatment decisions.

### **Can I change my mind about my health care directive?**

A health care directive is a record of your current wishes. You may change your health care directive or your proxy at any time. It is important to destroy all copies of your previous health care directive(s) to ensure that your most recent wishes are followed.

### **For more information on health care directives, you may contact:**

Department of Health  
(902) 368-6237 or (902) 368-6130

### **For copies of the *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*, you may contact:**

Island Information Service  
(902) 368-4000  
11 Kent Street, PO Box 2000, Charlottetown, PE C1A 7N8  
or visit our web site at: [www.gov.pe.ca/law/statutes](http://www.gov.pe.ca/law/statutes)

## Renseignements généraux sur la directive relative aux soins de santé

### Qu'est-ce qu'une directive relative aux soins de santé?

Une directive relative aux soins de santé est un document juridique décrivant la quantité et le type de soins que vous voulez si vous devenez incapable de prendre vos propres décisions. Toute personne âgée de 16 ans ou plus, et capable de prendre des décisions relatives aux soins de santé, peut donner une directive. Une directive relative aux soins de santé doit être faite par écrit, datée et signée. Le présent formulaire n'en est qu'un exemple, car on n'exige pas de formulaire ou de forme particulière. Le consentement d'une personne capable a toujours préséance sur la directive relative aux soins de santé.

### Que comprend une directive relative aux soins de santé?

Dans votre directive relative aux soins de santé, vous devez nommer un mandataire—une personne en qui vous avez confiance—pour prendre des décisions relatives aux soins de santé en votre nom. Votre directive peut être particulière et décrire le traitement, les procédures ou les médicaments que vous désirez avoir ou non. Ou bien, votre directive peut être générale et énoncer simplement vos croyances et vos instructions si d'autres personnes devaient prendre des décisions pour vous. Par exemple, vous pouvez déclarer que, si jamais vous tombez dans le coma, vous ne souhaitez pas que l'on maintienne vos fonctions vitales passé une certaine période de temps.

### Mes souhaits seront-ils suivis?

Un(e) professionnel(le) de la santé doit décider si vous êtes capable de prendre des décisions relatives aux soins de santé. Si vous en êtes incapable, les souhaits exprimés dans votre directive doivent être suivis, à condition qu'ils soient réalistes et conformes aux normes éthiques du/de la professionnel(le) de la santé.

Il est utile de laisser savoir aux autres—votre famille, vos amis, le clergé, un avocat ou un médecin—que vous avez préparé une directive relative aux soins de santé. Vous pouvez discuter de vos décisions avec ces personnes, leur donner une copie de votre directive relative aux soins de santé et en faire mettre une copie dans le dossier de votre hôpital local.

### Être capable, qu'est-ce que cela signifie?

Être capable, cela signifie que vous êtes capable de comprendre les renseignements appropriés pour prendre une décision au sujet d'un traitement et de saisir les conséquences d'une telle décision. La capacité peut changer—vous pouvez être incapable à un certain moment et capable à un autre; ou encore incapable de prendre certaines décisions en matière de traitement, tout en étant encore capable d'en prendre d'autres dans le même domaine.

### Puis-je changer d'idée à propos de ma directive relative aux soins de santé?

Une directive relative aux soins de santé est un dossier de vos souhaits actuels. En tout temps, vous pouvez changer votre directive relative aux soins de santé ou changer votre mandataire. Il est important de détruire toutes les copies de vos directives antérieures relatives aux soins de santé pour garantir que vos souhaits les plus récents soient suivis.

### Pour obtenir plus de renseignements sur les directives relatives aux soins de santé, vous pouvez communiquer avec :

Ministère de la Santé  
(902) 368-6237 ou (902) 368-6130

### Pour obtenir un exemplaire de la *Consent to Treatment and Health Care Directives Act* (Loi sur le consentement au traitement et aux directives relatives aux soins de santé), vous pouvez communiquer avec :

Service de renseignements de l'Île  
(902) 368-4000  
11, rue Kent, C.P. 2000, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8  
ou visitez notre site Web, à l'adresse [www.gov.pe.ca/law/statutes](http://www.gov.pe.ca/law/statutes).