

ABBREVIATED
Advance Directive
Directive préalable
ABRÉGÉE

Valid under the Yukon *Care Consent Act*
En vertu de la Loi sur le consentement aux soins du Yukon

This is the Advance Directive of • *La présente constitue la directive de :*

Name/nom : _____		
Please print • <i>en lettres détachées</i>		
Date of birth/date de naissance : _____		
ddmmyyy • jjmmaaaa		
Address/adresse : _____		
Residence • <i>domicile</i>	City/Town • <i>ville</i>	Territory/Province • <i>territoire/province</i>
Tel./Tél. : _____	Language Preferred/langue de préférence :	
Health number: Numéro d'assurance-santé : _____	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Other (<i>autre</i>) _____	

I revoke (cancel) any previous Directive made by me.

Je révoque (annule) toute directive rédigée antérieurement par moi.

PART 1: Designation of a Proxy (to make decisions about your care when you lack the ability to make those decisions for yourself).

Partie 1 : Désignation de fondés de pouvoir (*pour prendre des décisions dans le cas où je serais incapable de prendre moi-même les décisions concernant mes soins de santé*)

I appoint the following person(s) to be my proxy

Je nomme la/les personne(s) suivante(s) à titre de fondé(s) de pouvoir :

Proxy 1 / Fondé de pouvoir n° 1 _____
Please Print Name • *nom en lettres détachées*

Address/adresse _____
Residence • *domicile* City/Town • *ville* Territory/Province • *territoire/province*

Tel./Tél. _____
Home • *domicile* Business • *travail*

Email/courriel _____

Proxy 2 / Fondé de pouvoir n° 2 _____

Please Print Name • nom en lettres détachées

Address/adresse _____

Residence • domicile

City/Town • ville

Territory/Province • territoire/province

Tel./Tél. _____

Home • domicile

Business • Travail

Email/courriel _____

If I have named more than one proxy, I wish them to act (initial one choice only):

Si j'ai nommé plus d'un fondé de pouvoir, je désire qu'ils prennent les décisions de la manière suivante (apposez vos initiales à côté de votre choix) :

A. _____ Alternately (any one of them can make the decision)
L'un ou l'autre (chaque fondé de pouvoir est autorisé à prendre des décisions)

OR /OU

B. _____ Successively (2nd proxy decides if 1st proxy is not available)
Dans l'ordre mentionné (le fondé de pouvoir n° 2 prend des décisions uniquement lorsque le fondé de pouvoir n° 1 ne peut le faire)

I authorize my proxy to make all care decisions for me when I am no longer mentally capable of making my own care decisions (initial one choice only):

J'autorise mon ou mes fondé(s) de pouvoir à prendre toutes les décisions relatives à mes soins de santé lorsque je suis incapable de le faire (apposez vos initiales à côté d'un choix seulement) :

A. _____ With no restrictions/sans limitations

B. _____ With restrictions as follows/avec les limitations suivantes :

PART 2 : Wishes for Care (Optional)

If I have a condition that will cause me to die soon or a condition where there is little hope that I will regain a quality of life acceptable to me, I want the following related to resuscitation and care:

Partie 2 : Volonté en matière de soins de santé (Facultatif)

Si l'affection dont je souffre entraîne une mort rapide ou s'il est peu probable que je puisse recouvrer une qualité de vie acceptable, je désire ce qui suit :

1. RESUSCITATION / RÉANIMATION

If I have **no pulse** and I am **not breathing** (initial one choice only):

Si je n'ai PAS de pouls et je ne respire PAS (apposez vos initiales à côté de votre choix) :

_____ A. RESUSCITATE (CPR)

MANŒUVRES DE RÉANIMATION

_____ B. DO NOT attempt or continue any RESUSCITATION (DNR)

NE tenter ni ne poursuivre AUCUNE manœuvre de réanimation (DNR)

2. OTHER CARE / SOINS

If I **have a pulse** and I **am breathing** (*initial one choice only*):

Si J'AI un pouls et je respire (*apposez vos initiales à côté de votre choix*) :

_____ A. **COMFORT MEASURES ONLY:** These include nursing care, medication for managing symptoms including pain, oxygen, hydration except by intravenous (IV) therapy, mouth care, positioning, warmth, emotional and spiritual support, and other measures to relieve pain and suffering. No other medical treatment will be provided.

MESURES DE SOULAGEMENT SEULEMENT : *c.-à-.d. notamment soins infirmiers, médicaments pour traiter les symptômes, incluant la douleur, oxygène, hydratation non intraveineuse, hygiène buccale, positionnement, chaleur, soutien moral et spirituel et autres mesures de soulagement de la douleur. Aucun autre traitement médical ne sera administré.*

OR / OU

_____ B. **SPECIFIED MEDICAL CARE:** In addition to comfort measures, I would want the following if recommended by my health care providers. This may necessitate transfer to a hospital.

SOINS MÉDICAUX SPÉCIFIQUES : *En plus des mesures de soulagement, j'aimerais recevoir les soins suivants, selon les recommandations de mes fournisseurs de soins. Cela pourrait nécessiter mon hospitalisation.*

- _____ surgery/intervention chirurgicale
- _____ antibiotics/antibiotiques
- _____ other medications/autres médicaments
- _____ radiation/radiothérapie
- _____ other treatment/autres traitements
- _____ intubation (for breathing)/ intubation (pour aider la respiration)
- _____ kidney dialysis/dialyse rénale
- _____ chemotherapy/chimiothérapie
- _____ intravenous therapy/traitement par intraveineuse
- _____ blood transfusions/transfusions sanguines
- _____ defibrillation (shock to heart)/défibrillation (chocs cardiaques)
- _____ tube feedings/gavage

Additional Instructions/*instructions supplémentaires* :

PART 3: Signatures

I sign this document while capable of understanding the nature and effect of this Directive.

PARTIE 3 : signatures

Je signe ce document alors que je suis capable de comprendre la nature et la portée de la présente directive.

My signature/*ma signature* _____

Date/*date* _____

ddmmyyyy • jjmmaaaa

(OR if you are mentally capable but for some reason unable to sign, you may direct another person to complete and sign this Directive on your behalf in your presence. The person signing CANNOT be the proxy or the spouse of the proxy.)

(OU si vous êtes capable de comprendre, mais que pour une raison quelconque vous êtes incapable de signer, vous pouvez demander à une autre personne de rédiger et de signer la présente directive pour vous, en votre présence. Le signataire ne peut PAS être votre fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.)

Signature on my behalf/*signature en mon nom* : _____

Date/*date* _____
ddmmyyyy • jjmmaaaa

Relationship to me/*lien avec l'auteur(e)* _____

SIGNATURES OF WITNESSES/SIGNATURES DES TÉMOINS

(Two adults 19 years or older must witness your signature and sign together in your presence.)

(Deux personnes âgées d'au moins 19 ans doivent être témoins de votre signature et signer ensemble en votre présence.)

I certify that I witnessed the signing of this Directive by the Maker in my presence. I am not a proxy or the spouse of a proxy.

J'atteste que j'ai été témoin de la signature de la présente directive. Je ne suis pas le fondé de pouvoir, ni son conjoint ou sa conjointe.

Witness/*témoin* _____ Date/*date* _____
Signature • *signature* ddmmyyyy • jjmmaaaa

Witness/*témoin* _____ Date/*date* _____
Signature • *signature* ddmmyyyy • jjmmaaaa

SIGNATURE OF PROXY/SIGNATURES DES FONDÉS DE POUVOIR

(The Proxy must sign in order to make this Directive legal.)

(La désignation des fondés de pouvoir n'est pas valide à moins que tous les fondés de pouvoir aient signé)

I agree to be proxy for the maker of this Directive. I understand and agree to take on the responsibilities and duties of a proxy under the *Care Consent Act*.

J'accepte d'agir à titre de fondé de pouvoir pour l'auteur(e) de la présente directive. Je comprends et j'accepte les responsabilités et les devoirs du fondé de pouvoir en vertu de la Loi sur le consentement aux soins.

Proxy 1 / *Fondé de pouvoir n° 1* _____
Signature • *signature*

Date/*date* _____
ddmmyyyy • jjmmaaaa

Proxy 2 / *Fondé de pouvoir n° 2* _____
Signature • *signature*

Date/*date* _____
4 ddmmyyyy • jjmmaaaa