



# Désignation d'un agent de soins de santé

Directive anticipée du Vermont pour les décisions relatives aux soins de santé

## Appointment of a Health Care Agent

FRENCH

Vermont Advance Directive for Health Care Decisions

**VOTRE NOM**

YOUR NAME

**DATE DE NAISSANCE**

DATE OF BIRTH

**DATE**

DATE

**ADRESSE**

ADDRESS

**VILLE**

CITY

**ÉTAT**

STATE

**CODE POSTAL**

ZIP

Votre **agent de soins de santé** peut prendre des décisions médicales en votre nom lorsque vous ne pouvez ou ne voulez pas prendre de décisions pour vous-même. Vous devez choisir une personne en qui vous avez confiance, qui comprend vos souhaits et qui accepte d'agir en qualité d'agent. Votre prestataire de soins de santé ne peut **PAS** être votre agent, sauf s'il s'agit d'un parent. Votre agent ne peut **PAS** être le propriétaire, l'exploitant, l'employé ou l'entrepreneur d'un établissement de soins résidentiels, d'un établissement de soins de santé ou d'un établissement de détention où vous résidez au moment où votre directive anticipée est remplie.

Your health care agent can make health care decisions for you when you are unable or unwilling to make decisions for yourself. You should pick someone that you trust, who understands your wishes and agrees to act as your agent. Your health care provider may **NOT** be your agent unless they are a relative. Your agent may **NOT** be the owner, operator, employee or contractor of a residential care facility, health care facility or correctional facility where you reside at the time your advance directive is completed.

Je désigne cette personne pour être mon **AGENT** de soins de santé :

I appoint this person to be my health care **AGENT**:

**NOM DE L'AGENT**

AGENT NAME

**E-MAIL**

EMAIL

**ADRESSE**

ADDRESS

**TÉLÉPHONE FIXE**

HOME PHONE

**TÉL. PROFESSIONNEL**

WORK PHONE

**TÉL. PORTABLE**

CELL PHONE

(Si vous désignez des **CO-AGENTS**, indiquez-les sur une feuille séparée)

(If you appoint **CO-AGENTS**, list them on a separate sheet of paper)

Si cet agent n'est pas disponible, ne veut pas ou ne peut pas agir en tant qu'agent, je désigne cette personne comme mon **AGENT SUPPLÉANT** :

If this agent is unavailable, unwilling or unable to act as my agent, I appoint this person as my **ALTERNATE AGENT**:

**AGENT SUPPLÉANT**

ALTERNATE AGENT NAME

**E-MAIL**

EMAIL

**ADRESSE**

ADDRESS

**TÉLÉPHONE FIXE**

HOME PHONE

**TÉL. PROFESSIONNEL**

WORK PHONE

**TÉL. PORTABLE**

CELL PHONE

**Les autres personnes pouvant être consultées au sujet des décisions médicales en mon nom sont les suivantes :**

Others who may be consulted about medical decisions on my behalf include:

**Prestataire de soins primaires (médecin, médecin assistant ou infirmier/infirmière) :**

Primary care provider (Physician, PA or Nurse Practitioner):

**NOM**

NAME

**TÉL.**

PHONE

**ADRESSE**

ADDRESS

**NOM**

NAME

**TÉL.**

PHONE

**ADRESSE**

ADDRESS

**Les personnes qui ne doivent PAS être consultées sont les suivantes :**

Those who should NOT be consulted include:

NOM  
NAME

NÉ(E)LE  
DOB

DATE  
DATE

## Commentaires généraux sur mes objectifs en matière de soins de santé :

General Comments About My Health Care Goals:

### DÉCLARATION DE SOUHAITS SIGNÉE / SIGNED DECLARATION OF WISHES

Vous devez signer ce document en présence de DEUX témoins adultes. Les personnes suivantes ne peuvent **pas** être des témoins :  
votre ou vos agent(s), votre conjoint(e), vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants ou petits-enfants.

You must sign this in the presence of TWO adult witnesses. The following people may **not** sign as witnesses:  
your agent(s), spouse, parents, siblings, children or grandchildren.

Je déclare que ce document reflète mes souhaits en matière de soins de santé et que je signe cette directive anticipée de mon plein gré.

I declare that this document reflects my health care wishes and that I am signing this Advance Directive of my own free will.

SIGNÉ

SIGNATURE .....

DATE

DATE

J'affirme que le signataire semblait comprendre la nature de cette directive anticipée et être libre de toute contrainte ou influence induite au moment de la signature. (À signer et imprimer)

I affirm that the signer appeared to understand the nature of this advance directive and to be free from duress or undue influence at the time this was signed. (Please sign and print)

#### TÉMOIN 1 (NOM EN MAJUSCULES)

WITNESS 1 (PRINT NAME)

SIGNATURE

SIGNATURE .....

DATE

DATE

#### TÉMOIN 2 (NOM EN MAJUSCULES)

WITNESS 2 (PRINT NAME)

SIGNATURE

SIGNATURE .....

DATE

DATE

Si la personne qui signe ce document est admise dans un **hôpital** ou est actuellement hospitalisée, l'une des personnes suivantes doit signer et affirmer qu'elle a expliqué la nature et l'effet de la directive anticipée et que le patient semblait comprendre et être libre de toute contrainte ou influence induite au moment de la signature : *une personne désignée pour expliquer les décisions à l'hôpital, un médiateur, un représentant en santé mentale du patient, un membre reconnu du clergé, un avocat du Vermont ou une personne désignée par le tribunal des successions.*

If the person signing this document is being admitted to or is a current patient in a **hospital**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the patient appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *designated hospital explainer, ombudsman, mental health patient representative, recognized member of the clergy, Vermont attorney, or Probate Court designee.*

Si la personne qui signe ce document est admise ou réside dans une **maison de soins infirmiers ou un établissement de soins résidentiels**, l'une des personnes suivantes doit signer et affirmer qu'elle a expliqué la nature et l'effet de la directive anticipée et que le résident semblait comprendre et être libre de toute contrainte ou influence induite au moment de la signature : *un médiateur, un membre reconnu du clergé, un avocat du Vermont, une personne désignée par le tribunal des successions, une personne désignée pour expliquer les décisions à l'hôpital, un représentant en santé mentale du patient, un clinicien non employé par l'établissement ou un bénévole de la maison de soins infirmiers/de l'établissement de soins résidentiels ayant reçu une formation appropriée.*

If the person signing this document is being admitted to or is a resident in a **nursing home or residential care facility**, one of the following must sign and affirm that they have explained the nature and effect of the advance directive and the resident appeared to understand and be free from duress or undue influence at the time of signing: *an ombudsman, recognized member of the clergy, Vermont attorney, Probate Court designee, designated hospital explainer, mental health patient representative, clinician not employed by the facility, or appropriately trained nursing home/residential care facility volunteer.*

**La personne chargée de fournir des explications, telle que décrite ci-dessus, peut également servir d'un des deux témoins requis.**

**The explainer as outlined above may also serve as one of the two required witnesses.**

NOM

NAME

TITRE/POSITION

TITLE/POSITION

TÉL.

PHONE

ADRESSE

ADDRESS

SIGNATURE

SIGNATURE .....

DATE

DATE

**Les personnes suivantes ont une copie de ma directive anticipée (veuillez cocher) :**

The following have a copy of my Advance Directive (please check):

**Registre des directives anticipées du Vermont**

Vermont Advance Directive Registry

**Agent de soins de santé**

Health care agent

**Médecin/Prestataire(s) :**

Doctor/Provider(s):

**Hôpital(aux) :**

Hospital(s):

**Membre(s) de la famille :**

Family Member(s):

**DATE D'ENREGISTREMENT :**

DATE REGISTERED:

**Agent de soins de santé suppléant**

Alternate health care agent

**Registre des directives anticipées du Vermont**  
**Formulaire d'accord d'enregistrement et d'autorisation de modification**  
**(Documents A et B selon la règle des directives anticipées du Vermont)**

Vermont Advance Directive Registry  
Registration Agreement & Authorization to Change Form  
(Documents A & B per the Vermont Advance Directive Rule)

**Instructions / Directions**

- Lisez la politique d'inscription à la page 3 et remplissez les sections concernées ci-dessous. Veuillez compléter en caractères lisibles à la main ou par ordinateur. Read the Registration Policy on page 3 and complete the relevant sections below. Please type or print clearly.
  - Nouvelles inscriptions :** remplissez les informations requises sur le déclarant, ainsi que le document A.  
*First-time Registrants: Complete the Required Registrant Information & Document A.*
  - Mise à jour d'une directive anticipée déjà enregistrée :** remplissez les informations requises sur le déclarant, ainsi que le document B.  
*Updating an Advance Directive already on file: Complete the Required Registrant Information & Document B.*
- Joignez une copie signée et attestée devant témoin de votre directive anticipée.  
*Attach a signed and witnessed copy of your advance directive.*
- Les inscriptions **doivent** être accompagnées d'un accord d'enregistrement ou d'une autorisation de modification dûment rempli(e) et signé(e) et d'une copie du document de directive anticipée signée et attestée devant témoin.  
*Registrations must include a completed and signed Registration Agreement or Authorization to Change form and a copy of the signed and witnessed advance directive document.*
- Une fois les formulaires remplis et signés, envoyez-les par mail, courrier **ou** fax :  
*Once forms are completed and signed, send forms by email, mail or fax:*

**Par mail :** [VADRSubmissions@uslwr.com](mailto:VADRSubmissions@uslwr.com)  
E-mail to:

**Ou par courrier :** Vermont Advance Directive Registry (VADR)  
Or Mail to: PO Box 2789  
Westfield, NJ 07091-2789

**Ou par fax :** 908-654-1919  
Or Fax to:

Pour plus d'informations, rendez-vous sur site <http://healthvermont.gov/vadr/> ou appelez le 1-888-548-9455  
For additional information visit: <http://healthvermont.gov/vadr/> or call 1-888-548-9455

**Informations requises sur le déclarant / Required Registrant Information**

**Nom : Prénom** \_\_\_\_\_ **2e prénom** \_\_\_\_\_ **Nom de famille** \_\_\_\_\_ **Suffixe** \_\_\_\_\_  
Name: First \_\_\_\_\_ Middle \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_

**Né(e)le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Adresse postale principale :** \_\_\_\_\_  
Primary Mailing Address: \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **État :** \_\_\_\_\_ **Code Postal :** \_\_\_\_\_  
Town/City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

**Téléphone :** **Principal** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Autre :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Phone Number: Primary (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Other: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Souhaitez-vous être contacté par mail ?** **Non** **Oui**  
Would you like to be contacted by e-mail? No Yes

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_

**Adresse postale secondaire (le cas échéant) :** \_\_\_\_\_  
Secondary Mailing Address (if applicable): \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **État :** \_\_\_\_\_ **Code Postal :** \_\_\_\_\_  
Town/City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

**Contacts en cas d'urgence / Emergency Contacts**

**Principal : Nom :** \_\_\_\_\_  
Primary: Name: \_\_\_\_\_

**Lien avec le déclarant :** \_\_\_\_\_ **Tél :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relationship to Registrant: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Secondaire : Nom :** \_\_\_\_\_  
Secondary: Name: \_\_\_\_\_

**Lien avec le déclarant :** \_\_\_\_\_ **Tél :** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relationship to Registrant: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Registry Use Only
Received: _____
Confirmed: _____

**AVIS : Toutes les demandes soumises au Registre doivent être accompagnées d'une copie signée et attestée devant témoin de la directive anticipée du déclarant. Cela s'applique à la fois aux nouvelles soumissions et aux mises à jour de documents existants.**

**NOTICE: All submissions to the Registry must include a signed and witnessed copy of the registrant's Advance Directive. This applies to both first-time submissions and updates to existing documents.**

**Document A : Accord d'enregistrement**

Document A: Registration Agreement

Ne remplissez cette section **que** si c'est la première fois que vous enregistrez votre directive anticipée.

Complete this section **only** if this is your first time registering your advance directive.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (**nom en caractères d'imprimerie**) demande à ce que ma directive anticipée soit enregistrée dans le Registre des directives anticipées du Vermont, et j'autorise son accès comme le permet la loi du Vermont. En signant ci-dessous, je reconnais et j'affirme que : les informations fournies sont exactes ; j'ai lu, compris et accepté les conditions de la politique d'inscription du Registre ; je protégerai mon numéro d'identification de déclarant et ma carte-portefeuille contre tout accès non autorisé ; et j'informerai immédiatement le Registre par écrit de toute modification de mes informations d'inscription ou de ma directive anticipée. Je signe le présent accord de mon plein gré et sans coercition, contrainte ou influence indue de la part d'une quelconque partie. Je comprends que toute personne ayant accès à ma carte-portefeuille peut l'utiliser pour accéder à mes documents et à mes informations personnelles. Cette autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que je la révoque.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) request that my advance directive be registered in the Vermont Advance Directive Registry, and authorize its access as allowed by Vermont law. By signing below, I acknowledge and affirm that: the information provided is accurate; I have read, understand, and agree to the terms of the Registry Registration Policy; I will safeguard my registrant identification number and wallet card from unauthorized access; and I will immediately notify the Registry in writing of changes to my registration information or advance directive. I execute this agreement voluntarily and without coercion, duress, or undue influence by any party. I understand that anyone who has access to my wallet card can use it to gain access to my documents and personal information. This authorization remains in effect until I revoke it.

**Signature du déclarant :**

Signature of Registrant: \_\_\_\_\_

**Date :**

Date: \_\_\_\_\_

**Document B : Autorisation de modification**

Document B: Authorization to Change

À remplir **uniquement** si vous êtes actuellement inscrit et que vous apportez des mises à jour à une directive anticipée déjà enregistrée au Registre. / Complete **only** if you are currently registered and making updates to an advance directive already on file with the registry.

**Cochez la case ci-dessous qui s'applique à votre demande.**

Check the box below that applies to your submission.

**Modifier :** cochez cette case pour modifier votre directive anticipée existante. L'historique des documents antérieurs sera conservé dans votre dossier. / **Amend:** Check this box to amend your existing advance directive. Prior document history will be retained in your file.

**Remplacer :** cochez cette case pour remplacer votre directive anticipée existante. L'historique des documents antérieurs ne sera pas conservé dans votre dossier. / **Replace:** Check this box to replace your existing advance directive. Prior document history will not be retained in your file.

**Suspendre :** cochez cette case pour désactiver temporairement tout ou partie de votre directive anticipée pendant une période définie. / **Suspend:** Check this box to temporarily inactivate all or part of your advance directive for a defined period of time.

**Date de début :**

Begin Date: \_\_\_\_\_

**Date de fin :**

End Date: \_\_\_\_\_

**Révoquer :** cochez cette case pour supprimer votre directive anticipée du Registre. (Il s'agit d'une suppression définitive du Registre) / **Revoke:** Check this box to delete your advance directive from the registry. (This is a permanent removal from the Registry)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (**nom en caractères d'imprimerie**), certifie que ce formulaire représente fidèlement les modifications que j'ai apportées et que ces modifications sont exactes. De plus, j'autorise à ce que les modifications soient reflétées dans le Registre des directives anticipées.

I, \_\_\_\_\_ (**print name**) certify that this form accurately represents the changes I have made, and these changes are accurate. Additionally, I authorize the changes to be reflected in the Advance Directive Registry.

**Signature du déclarant :**

Signature of Registrant: \_\_\_\_\_

**Date :**

Date: \_\_\_\_\_

## Politique d'inscription

### Registration Policy

Une directive anticipée est un document juridique qui transmet les souhaits d'une personne concernant le traitement de ses soins de santé et ses choix de fin de vie, au cas où elle serait inapte ou autrement incapable de prendre ces décisions. Le Registre des directives anticipées du Vermont est une base de données qui permet aux personnes de stocker électroniquement une copie de leur document de directive anticipée dans une base de données sécurisée. Cette base de données peut être consultée en cas de besoin par les prestataires de soins de santé autorisés, les établissements de soins de santé, les établissements de soins résidentiels, les directeurs de pompes funèbres et les exploitants de crématoires. Pour en savoir plus, consultez le site : <http://healthvermont.gov/vadr/>.

An advance directive is a legal document that conveys a person's wishes regarding their health care treatment and end of life choices should they become incapacitated or otherwise unable to make those decisions. The Vermont Advance Directive Registry is a database that allows people to electronically store a copy of their advance directive document in a secure database. That database may be accessed when needed by authorized health care providers, health care facilities, residential care facilities, funeral directors, and crematory operators. For more information, visit: <http://healthvermont.gov/vadr/>.

1. Pour enregistrer une directive anticipée, le déclarant doit remplir et envoyer le formulaire d'accord d'enregistrement, ainsi qu'une copie du document relatif à la directive anticipée à l'adresse suivante :

To register an advance directive, the registrant must complete and send the Registration Agreement form along with a copy of the advance directive document to:

The Vermont Advance Directive Registry  
PO Box 2789  
Westfield, New Jersey 07091-2789

2. Dès réception de l'accord d'enregistrement et des pièces jointes, le Registre numérise la directive anticipée et la stocke dans la base de données avec les informations d'identification du déclarant figurant dans l'accord d'enregistrement. Le Registre enverra une lettre de confirmation au déclarant, ainsi qu'un numéro d'inscription, des instructions pour utiliser le numéro d'inscription afin d'accéder aux documents sur le site Web du Registre, une carte-portefeuille et des autocollants à apposer sur un permis de conduire ou une carte d'assurance. L'enregistrement n'est pas effectif tant que le déclarant n'a pas validé la réception de la lettre de confirmation et des documents d'inscription.

Upon receipt of the Registration Agreement and attachments, the Registry will scan the advance directive and store it in the database along with registrant identifying information from the Registration Agreement. The Registry will send a confirmation letter to the registrant along with a registration number, instructions for using the registration number to access documents at the Registry website, a wallet card, and stickers to affix to a driver's license or insurance card. The registration is not effective until receipt of the confirmation letter and registration materials is made by registrant.

3. Les déclarants doivent communiquer le numéro d'inscription de la carte-portefeuille à toute personne qui doit avoir accès à leurs directives anticipées : par exemple, l'agent du déclarant, les membres de sa famille ou son médecin. N'importe qui peut accéder à la directive anticipée d'une personne en utilisant le numéro d'inscription. De plus, lorsque le numéro d'inscription n'est pas facilement disponible, un prestataire de soins de santé autorisé peut rechercher dans le Registre la directive anticipée d'une personne spécifique en utilisant les informations d'identification personnelle du déclarant.

Registrants should share the registration number from the wallet card with anyone that should have access to their advance directives: for example, the registrant's agent, family members, or physician. Anyone may access a person's advance directive using the registration number. Additionally, when the registration number is not readily available, an authorized health care provider can search the Registry for a specific person's advance directive using a registrant's personal identifying information.

4. Le déclarant est tenu de s'assurer que :

The registrant is responsible for ensuring that:

- a. La directive anticipée est correctement exécutée conformément aux lois de l'État du Vermont.

The advance directive is properly executed in accordance with the laws of the state of Vermont.

- b. La copie de la directive anticipée envoyée au Registre, s'il s'agit d'une photocopie de l'original, est correcte et lisible.

The copy of the advance directive sent to the Registry, if a photocopy of the original, is correct and readable.

- c. Les informations contenues dans l'accord d'enregistrement et les documents relatifs aux directives anticipées sont exactes et à jour.

The information in both the Registration Agreement and advance directive documents is accurate and up to date.

- d. Le Registre est informé dès que possible de toute modification de la directive anticipée ou des informations relatives à l'enregistrement en remplissant et en envoyant au Registre un formulaire d'autorisation de modification auquel sont annexées les modifications ou, de préférence, une copie actualisée de la directive anticipée.

The Registry is notified as soon as possible of any changes to the advance directive or registration information by completing and submitting an Authorization to Change form with the changes appended, or preferably, with an updated copy of the advance directive to the Registry.

5. L'enregistrement initial, ainsi que les modifications et mises à jour ultérieures des informations d'inscription ou des documents relatifs aux directives anticipées sont gratuits.

Initial registration as well as subsequent changes and updates to the registration information or the advance directive documents are free of charge.

6. L'accord d'enregistrement reste en vigueur jusqu'à ce que le Registre reçoive des informations fiables indiquant que le déclarant est décédé ou que le déclarant demande par écrit la résiliation de l'accord d'enregistrement. Lorsque l'accord sera résilié, le Registre supprimera la directive anticipée du déclarant de sa base de données et le fichier ne sera plus accessible aux prestataires.

The Registration Agreement shall remain in effect until the Registry receives reliable information that the registrant is deceased, or the registrant requests in writing that the Registration Agreement be terminated. When the Agreement is terminated, the Registry will remove registrant's advance directive from the Registry database, and the file will no longer be accessible to providers.

7. Seul le Registre peut modifier les conditions de l'accord d'enregistrement.

Only the Registry can change the terms of the Registration Agreement.