



Directive anticipée du Vermont pour les soins de santé

Préparé par le Vermont Ethics Network

Vermont Advance Directive for Health Care

Prepared by the Vermont Ethics Network

FRENCH

EXPLICATION ET INSTRUCTIONS EXPLANATION & INSTRUCTIONS

■ Vous avez le droit de : / You have the right to:

1. Désigner une personne qui prendra les décisions relatives aux soins de santé à votre place lorsque ou si vous êtes incapable de les prendre vous-même.

Name someone else to make health care decisions for you when or if you are unable to make them yourself.

2. Donner des instructions sur les types de soins de santé que vous voulez ou ne voulez pas.

Give instructions about what types of health care you want or do not want.

■ Il est important de parler de vos objectifs, de vos souhaits et de vos préférences en matière de traitement avec vos proches et avec vos prestataires de soins de santé.

It is important to talk with those people closest to you and with your health care providers about your goals, wishes and preferences for treatment.

■ Vous pouvez utiliser ce formulaire dans son intégralité ou en partie. Par exemple, si vous ne voulez choisir qu'un agent dans la première partie, vous pouvez remplir uniquement cette section et passer ensuite à la cinquième partie pour signer ce document en présence des témoins appropriés.

You may use this form in its entirety or you may use any part of it. For example, if you only want to choose an agent in Part One, you may fill out just that section and then go to Part Five to sign in the presence of appropriate witnesses.

■ Vous êtes libre d'utiliser un autre formulaire tant qu'il est correctement attesté devant témoins. Des formulaires plus détaillés offrant davantage d'options et d'informations concernant vos préférences en matière de soins de santé mentale sont disponibles sur le site Web du VEN à l'adresse www.vtethicsnetwork.org.

You are free to use another form so long as it is properly witnessed. More detailed forms providing greater options and information regarding mental health care preference can be found on the VEN website at www.vtethicsnetwork.org.

La **PREMIÈRE partie** de ce formulaire vous permet de désigner une personne comme « **agent** » pour prendre les décisions relatives aux soins de santé en votre nom si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas prendre vos propres décisions. Vous pouvez également désigner des agents suppléants. Vous devez choisir une personne en qui vous avez confiance et qui sera à l'aise pour prendre des décisions difficiles en votre nom. Elle devra être guidée par vos valeurs lorsqu'elle fera des choix pour vous et devra **accepter** d'agir en qualité d'agent. Vous pouvez remplir le formulaire de directives anticipées indiquant vos préférences médicales même si vous ne désignez pas d'agent. Les prestataires de soins médicaux suivront de leur mieux les instructions que vous avez données dans la directive anticipée sans agent, mais le fait de désigner une personne comme agent pour prendre des décisions à votre place aidera les prestataires de soins médicaux et les personnes qui s'occupent de vous à prendre les meilleures décisions dans des situations qui n'ont peut-être pas été détaillées dans votre directive anticipée. Selon la loi du Vermont, les proches parents ne prendront pas automatiquement les décisions en votre nom si vous êtes incapable de le faire. C'est pourquoi il est préférable de désigner à l'avance une personne de votre choix.

Part ONE of this form allows you to name a person as your "**agent**" to make health care decisions for you if you become unable or unwilling to make your own decisions. You may also name alternate agents. You should choose someone you trust, who will be comfortable making what might be hard decisions on your behalf. They should be guided by your values in making choices for you **and agree** to act as your agent. You may fill out the Advance Directive form stating your medical preferences *even if you do not identify an agent*. Medical providers will follow your directions in the Advance Directive without an agent to their best ability, but having a person designated as your agent to make decisions for you will help medical providers and those who care for you make the best decisions in situations that may not have been detailed in your Advance Directive. According to Vermont law, next-of-kin will not automatically make decisions on your behalf if you are unable to do so. That is why it is best to appoint someone of your choosing in advance.

La **DEUXIÈME partie** de ce formulaire vous permet d'indiquer **vos objectifs et vos souhaits** en matière de traitement. Des choix vous sont proposés pour que vous puissiez exprimer vos souhaits concernant le fait de recevoir, de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement dans certaines circonstances. Un espace est également prévu pour que vous puissiez écrire tout souhait supplémentaire ou spécifique basé sur vos valeurs, votre état de santé ou vos croyances.

Part TWO of this form lets you state **Treatment Goals & Wishes**. Choices are provided for you to express your wishes about having, not having, or stopping treatment under certain circumstances. Space is also provided for you to write out any additional or specific wishes based on your values, health condition or beliefs.

La **TROISIÈME partie** de ce formulaire vous permet d'exprimer vos souhaits concernant les **limitations de traitement**. Ces traitements comprennent la réanimation cardio-pulmonaire (RCP), les appareils respiratoires, les sondes d'alimentation et les antibiotiques. Un espace est prévu pour que vous puissiez écrire tout souhait supplémentaire. **REMARQUE** : Si vous **NE VOULEZ PAS** de RCP, d'appareil respiratoire, de sonde d'alimentation ou d'antibiotiques, veuillez en discuter avec votre médecin, qui peut remplir un **ordre DNR/COLST** (Ne pas réanimer/Ordre du clinicien pour un traitement de survie) pour vous assurer que vous ne recevrez pas de traitements dont vous ne voulez pas, surtout en cas d'urgence. Le personnel médical d'urgence est tenu de vous fournir un traitement de survie à moins qu'il ne dispose d'un ordre DNR/COLST signé spécifiant une limitation de traitement. S'il n'y a pas d'ordre DNR/COLST, l'équipe médicale d'urgence pratiquera la RCP, car elle n'aura pas le temps de consulter une directive anticipée, votre famille, votre agent ou votre médecin.

Part THREE of this form lets you express your wishes about **Limitations of Treatment**. These treatments include CPR, breathing machines, feeding tubes, and antibiotics. There is space for you to write any additional wishes. **NOTE**: If you **DO NOT** want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or

antibiotics, please discuss this with your doctor, who can complete a **DNR/ COLST order** (Do Not Resuscitate/Clinician Order for Life Sustaining Treatment) to ensure that you do not receive treatments you do not want, especially in an emergency. Emergency Medical Personnel are required to provide you with life-saving treatment unless they have a signed DNR/COLST order specifying some limitation of treatment. If there is no DNR/COLST order the emergency medical team will perform CPR as they will not have time to consult an Advance Directive, your family, agent, or physician.

La **QUATRIÈME partie** de ce formulaire vous permet d'exprimer vos souhaits concernant le **don d'organes/de tissus et vos préférences en matière de funérailles, d'enterrement et de disposition de votre dépouille**.

Part **FOUR** of this form allows you to express your wishes related to **organ/tissue donation & preferences for funeral, burial and disposition of your remains**.

La **CINQUIÈME partie** concerne les **signatures**. Vous devez signer et dater le formulaire en présence de deux témoins adultes. Les personnes suivantes ne peuvent **pas** être témoins : votre agent et vos agents suppléants, votre conjoint(e) ou partenaire, vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants ou petits-enfants.

Vous devez remettre des copies du formulaire rempli à votre agent et à vos agents suppléants, à votre médecin, à votre famille et à tout établissement de soins de santé où vous résidez ou dans lequel vous êtes susceptible de recevoir des soins. Veuillez noter les personnes qui possèdent une copie de votre directive anticipée afin qu'elle puisse être mise à jour en cas de changement.

Nous vous encourageons également à envoyer une copie de votre directive anticipée au Registre des directives anticipées du Vermont avec le formulaire d'accord d'enregistrement qui se trouve à la fin de ce document.

Vous avez le droit de révoquer tout ou partie de cette directive anticipée sur les soins de santé ou de remplacer ce formulaire à tout moment. Si vous le révoquez, toutes les anciennes copies doivent être détruites. Si vous y apportez des modifications et que vous avez envoyé une copie de votre document original au Registre des directives anticipées du Vermont, veillez à leur envoyer une nouvelle copie ou un formulaire de notification de modification contenant les informations nécessaires à la mise à jour de votre directive anticipée.

Part FIVE is for signatures. You must sign and date the form in the presence of two adult witnesses. The following persons may **not** be witnesses: your agent and alternate agents; your spouse or partner; parents; siblings; children or grandchildren.

You should give copies of the completed form to your agent and alternate agent(s), to your physician, your family and to any health care facility where you reside or at which you are likely to receive care. Please note who has a copy of your Advance Directive so it may be updated if your preferences change.

You are also encouraged to send a copy of your Advance Directive to the Vermont Advance Directive Registry with the Registration Agreement Form found at the end of this document.

You have the right to revoke all or part of this Advance Directive for Health Care or replace this form at any time. If you do revoke it, all old copies should be destroyed. If you make changes and have sent a copy of your original document to the Vermont Advance Directive Registry, be sure to send them a new copy or a notification of change form with information needed to update your Advance Directive there.



STEP
2
**TAKING
STEPS
VERMONT**

A Comprehensive Guide to Medical Decision-Making

Includes advance directive form to
appoint a health care agent and
document treatment preferences



A publication by the Vermont Ethics Network

Vous pouvez lire la brochure Taking Steps pour vous aider à réfléchir aux différents choix et situations et à en discuter avec vos agents ou vos proches.

You may wish to read the booklet *Taking Steps* to help you think about and discuss different choices and situations with your agent(s) or loved ones.

Des copies de *Taking Steps* peuvent être achetées auprès de : / Copies of *Taking Steps* can be purchased from:

Vermont Ethics Network

61 Elm Street

Montpelier, VT 05602

Tél.: (Tel.) **(802) 828-2909**

Fax: (Fax) **(802) 828-2646**

www.vtethicsnetwork.org

Pour en savoir plus sur le Registre des directives anticipées du Vermont, consultez : / For information about the Vermont Advance Directive Registry visit VEN website

Site Web du VEN : www.vtethicsnetwork.org
VEN website

ou / or

**Site Web du Registre du département de la santé
du Vermont : www.healthvermont.gov/vadr**

Registry website at the Vermont Department of Health:
www.healthvermont.gov/vadr



Directive anticipée du Vermont pour les soins de santé

Vermont Advance Directive for Health Care

VOTRE NOM

YOUR NAME

DATE DE NAISSANCE

DATE OF BIRTH

DATE

DATE

ADRESSE

ADDRESS

VILLE

CITY

ÉTAT

STATE

CODE POSTAL

ZIP

PREMIÈRE PARTIE : VOTRE AGENT DE SOINS DE SANTÉ

PART ONE: YOUR HEALTH CARE AGENT

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

Je veux que ma directive anticipée commence : / I want my Advance Directive to start:

Au moment où je ne pourrai plus prendre mes propres décisions
When I cannot make my own decisions

Immédiatement
Now

Si l'une des situations suivantes se présente :
When this happens:

DEUXIÈME PARTIE : OBJECTIFS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ ET SOUHAITS SPIRITUELS

PART TWO: HEALTH CARE GOALS AND SPIRITUAL WISHES

Mes objectifs généraux en matière de soins de santé sont les suivants : / My overall health care goals include:

Je veux que l'on me maintienne en vie aussi longtemps que possible par tous les moyens médicaux.
I want to have my life sustained as long as possible by any medical means.

Je veux que le traitement me maintienne en vie seulement si :
I want treatment to sustain my life only if I will:

je suis capable de communiquer avec mes amis et ma famille.

be able to communicate with friends and family.

je suis capable de prendre soin de moi.

be able to care for myself.

je peux vivre sans douleur incapacitante.

live without incapacitating pain.

j'ai pleinement conscience de mon entourage.

be conscious and aware of my surroundings.

Je veux uniquement que le traitement m'apporte du confort.
I only want treatment directed toward my comfort.

Autres objectifs, souhaits ou croyances que je souhaite exprimer :

Additional Goals, Wishes, or Beliefs I wish to express include:

Personnes à prévenir si je suis atteint d'une maladie potentiellement mortelle :

People to notify if I have a life-threatening illness:

Si je suis sur le point de mourir, il est important pour moi d'être (cocher la case) : / If I am dying it is important for me to be (check choice):

À la maison

At home

À l'hôpital

In the hospital

Autre :

Other:

Aucune préférence

No preference

Mes souhaits en matière de soins spirituels comprennent : / My Spiritual Care Wishes include:

Ma religion/confession :

My Religion/Faith:

LIEU DE CULTE

PLACE OF WORSHIP

ADRESSE

ADDRESS

TÉLÉPHONE

PHONE

Les articles, la musique ou les lectures ci-dessous me reconforteraient :

The following items or music or readings would be a comfort to me:

NOM
NAMENÉ(E)LE
DOBDATE
DATE

TROISIÈME PARTIE : LIMITATIONS DE TRAITEMENT PART THREE: LIMITATIONS OF TREATMENT

Vous pouvez décider du type de traitement que vous souhaitez ou non si vous tombez gravement malade ou si vous êtes mourant. Quelles que soient les limitations de traitement exprimées, vous avez le droit de demander à ce que votre douleur et vos symptômes (nausées, fatigue, essoufflement) soient pris en charge. À moins que des limitations de traitement ne soient indiquées, l'équipe médicale doit faire tout son possible pour vous sauver la vie.

You can decide what kind of treatment you want or don't want if you become seriously ill or are dying. Regardless of the treatment limitations expressed, you have the right to have your pain and symptoms (nausea, fatigue, shortness of breath) managed. Unless treatment limitations are stated, the medical team is required and expected to do everything possible to save your life.

1. Si mon cœur s'arrête (choisir une option) :

If my heart stops (choose one):

Je VEUX qu'une RCP soit réalisée pour tenter de relancer mon cœur.
I DO want CPR done to try to restart my heart.

Je NE VEUX PAS qu'une RCP soit réalisée pour tenter de relancer mon cœur.
I DON'T want CPR done to try to restart my heart.

La RCP désigne une réanimation cardio (cœur)-pulmonaire (poumon), qui comprend des compressions vigoureuses de la poitrine, l'utilisation d'une stimulation électrique, des médicaments pour soutenir ou rétablir la fonction cardiaque et l'application d'une respiration artificielle (pour insuffler de l'air dans vos poumons).

CPR means cardio (heart)-pulmonary (lung) resuscitation, including vigorous compressions of the chest, use of electrical stimulation, medications to support or restore heart function, and rescue breaths (forcing air into your lungs).

2. Si je suis incapable de respirer par moi-même (choisir une option) :

If I am unable to breathe on my own (choose one):

Je VEUX un appareil respiratoire sans limite de temps.
I DO want a breathing machine without any time limit.

Je veux disposer d'un appareil respiratoire pendant une courte durée pour voir si je vais survivre ou aller mieux.
I want to have a breathing machine for a short time to see if I will survive or get better.

Je NE VEUX PAS d'appareil respiratoire pour une QUELCONQUE durée.
I DO NOT want a breathing machine for ANY length of time.

« Appareil respiratoire » désigne un appareil qui fait entrer et sortir mécaniquement l'air de vos poumons, comme un ventilateur.
"Breathing machine" refers to a device that mechanically moves air into and out of your lungs such as a ventilator.

3. Si je suis incapable d'avaler suffisamment de nourriture ou d'eau pour rester en vie (choisir une option) :

If I am unable to swallow enough food or water to stay alive (choose one):

Je VEUX une sonde d'alimentation sans limite de temps.
I DO want a feeding tube without any time limits.

Je veux disposer d'une sonde d'alimentation pendant une courte durée pour voir si je vais survivre ou aller mieux.
I want to have a feeding tube for a short time to see if I will survive or get better.

Je NE VEUX PAS de sonde d'alimentation pour une quelconque durée.
I DO NOT want a feeding tube for any length of time.

REMARQUE : Si vous êtes traité dans un autre État, votre agent peut ne pas avoir automatiquement l'autorité pour refuser ou retirer une sonde d'alimentation. Si vous souhaitez que votre agent puisse prendre une décision concernant la sonde d'alimentation, veuillez cocher la case ci-dessous.

NOTE: If you are being treated in another state your agent may not automatically have the authority to withhold or withdraw a feeding tube. If you wish to have your agent decide about feeding tubes please check the box below.

J'autorise mon agent à prendre des décisions concernant les sondes d'alimentation.
I authorize my agent to make decisions about feeding tubes.

4. Si je suis en phase terminale ou qu'il est peu probable que ma maladie guérisse (choisir une option) :

If I am terminally ill or so ill that I am unlikely to get better (choose one):

Je VEUX des antibiotiques ou d'autres médicaments pour combattre l'infection.
I DO want antibiotics or other medication to fight infection.

Je NE VEUX PAS d'antibiotiques ni d'autres médicaments pour combattre l'infection.
I DON'T want antibiotics or other medication to fight infection.

Si vous avez déclaré ne PAS vouloir de RCP, d'appareil respiratoire, de sonde d'alimentation ni d'antibiotiques, quelles que soient les circonstances, veuillez en discuter avec votre médecin qui peut remplir un formulaire DNR/COLST pour vous assurer que vous ne recevrez pas de traitements dont vous ne voulez pas, surtout en cas d'urgence. Un ordre DNR/COLST sera honoré en dehors du cadre hospitalier.

If you have stated you DO NOT want CPR, a breathing machine, a feeding tube, or antibiotics under any circumstances, please discuss this with your doctor who can complete a DNR/COLST form to ensure you don't receive treatments you don't want, particularly in an emergency situation. A DNR/COLST order will be honored outside of the hospital setting.

Limitations supplémentaires de traitement que je souhaite inclure : / Additional Limitations of Treatment I wish to include:

NOM
NAME

NÉ(E)LE
DOB

DATE
DATE

QUATRIÈME PARTIE : DON D'ORGANES/DE TISSUS ET ENTERREMENT/DISPOSITION DE LA DÉPOUILLE
PART FOUR: ORGAN/TISSUE DONATION & BURIAL/DISPOSITION OF REMAINS

Mes souhaits en matière de don d'organes et de tissus (cochez vos choix) :

My wishes for organ & tissue donation (check your choices):

Je consens à donner les organes et les tissus suivants :

I consent to donate the following organs & tissues:

Tout organe nécessaire

Any needed organs

Tout tissu nécessaire (peau, os, cornée)

Any needed tissue (skin, bone, cornea)

Je ne souhaite pas donner les organes et les tissus suivants :

I do not wish to donate the following organs and tissues:

Je ne veux pas donner d'organes ni de tissus

I do not want to donate any organs or tissues

Je veux que mon agent de soins de santé décide

I want my health care agent to decide

Je souhaite faire don de mon corps à des programmes éducatifs ou de recherche. (Remarque : vous devrez prendre vos propres dispositions avec une école de médecine ou un autre programme à l'avance.) / I wish to donate my body to research or educational program(s). (Note: you will have to make your own arrangements with a medical school or other program in advance.)

Mes instructions pour l'enterrement/la disposition de ma dépouille après mon décès (cochez et complétez) :

My Directions for Burial/Disposition of My Remains after I Die (check & complete):

Je possède un contrat de prévoyance pour les arrangements funéraires :

I have a Pre-Need Contract for Funeral Arrangements:

NOM
NAME

TÉL.
PHONE

ADRESSE
ADDRESS

Je veux que les personnes suivantes décident de mon enterrement ou de la disposition de ma dépouille (cochez vos choix) :

I want the following individuals to decide about my burial or disposition of my remains (check your choices):

Agent
Agent

Agent suppléant
Alternate Agent

Famille
Family:

NOM
NAME

TÉL.
PHONE

ADRESSE
ADDRESS

Autre :
Other:

NOM
NAME

TÉL.
PHONE

ADRESSE
ADDRESS

Souhaits spécifiques (cochez vos choix) :

Specific Wishes (check your choices):

Je veux une veillée/visite

I want a Wake/Viewing

Je préfère un enterrement – Si possible à l'endroit suivant : (cimetière, adresse, numéro de téléphone)

I prefer a Burial — If possible at the following location: (cemetery, address, phone number)

Je préfère une crémation – Avec mes cendres conservées ou dispersées comme suit :

I prefer Cremation — With my ashes kept or scattered as follows:

Je souhaite une cérémonie funéraire suivie d'un enterrement ou d'une crémation

I want a Funeral Ceremony with a burial or cremation to follow

Je préfère seulement une cérémonie funéraire

I prefer only a Graveside Ceremony

Je préfère seulement une cérémonie commémorative avec enterrement ou crémation précédant la cérémonie

I prefer only a Memorial Ceremony with burial or cremation preceding

Autres détails : (comme la musique, les lectures, l'officiant)

Other Details: (such as music, readings, Officiant)

NOM
NAMENÉ(E)LE
DOBDATE
DATE

CINQUIÈME PARTIE : DÉCLARATION DE SOUHAITS SIGNÉE
PART FIVE: SIGNED DECLARATION OF WISHES

Vous devez signer ce document devant DEUX témoins adultes. Les personnes suivantes **ne peuvent pas** signer en tant que témoins :
 votre ou vos agents, votre conjoint(e), vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants ou petits-enfants.

You must sign this before 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
SIGNEDDATE
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
SIGNATUREDATE
DATE**TÉMOIN 2 (NOM EN MAJUSCULES)**

WITNESS 2 (PRINT NAME)

SIGNATURE
SIGNATUREDATE
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
NAMETITRE/POSITION
TITLE/POSITIONTÉL.
PHONEADRESSE
ADDRESSSIGNATURE
SIGNATUREDATE
DATE

NOM
NAME

NÉ(E)LE
DOB

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

Date d'enregistrement :

Date registered:

Agent de soins de santé

Health care agent

Agent de soins de santé suppléant

Alternate health care agent

Médecin/Prestataire(s) :

Doctor/Provider(s):

Hôpital(aux) :

Hospital(s):

Membre(s) de la famille : Veuillez les énumérer :

Family Member(s): Please list:

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

Autre :

Other:

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

NOM
NAME

ADRESSE
ADDRESS

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
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 le 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.