

MARYLAND ADVANCE DIRECTIVE:
 PLANNING FOR FUTURE HEALTH CARE DECISIONS
FORMULAIRE D'INSTRUCTIONS DU MARYLAND
POUR UN CHOIX ANTICIPE DE SOINS MEDICAUX

By: _____ **Date of Birth:** _____
 (Print Name) (Month/Day/Year)
De : _____ **Date de naissance:** _____
 (Nom en majuscules) (Mois/jour/ année)

Using this advance directive form to do health care planning is completely optional. Other forms are also valid in Maryland. No matter what form you use, talk to your family and others close to you about your wishes.

Pour officialiser vos souhaits en matière de soins médicaux, le choix de ce formulaire est entièrement libre. Il existe en effet d'autres formulaires tout aussi valables que celui-ci dans le Maryland. Quel que soit le formulaire utilisé, parlez de vos choix aux membres de votre famille et aux personnes qui vous sont proches.

*This form has two parts to state your wishes, and a third part for needed signatures. Part I of this form lets you answer this question: If you cannot (or do not want to) make your own health care decisions, who do you want to make them for you? The person you pick is called your health care agent. **Make sure you talk to your health care agent (and any back-up agents) about this important role.** Part II lets you write your preferences about efforts to extend your life in three situations: terminal condition, persistent vegetative state, and end-stage condition. In addition to your health care planning decisions, you can choose to become an organ donor after your death by filling out the form for that too.*

Ce formulaire est composé de deux parties dans lesquelles vous formulerez vos souhaits et d'une troisième réservée aux signatures indispensables. Dans la première partie, vous répondrez à la question : Dans la mesure où vous ne pourriez pas (ou ne voudriez pas) prendre de décision sur une question d'ordre médical vous concernant, qui chargez-vous de le faire à votre place ? La personne que vous désignez est appelée « personne de confiance ». **Ne manquez pas de l'informer, ainsi que ses suppléants s'il y a lieu, du rôle que vous lui avez confié.** Dans la deuxième partie, vous formulerez vos priorités quant aux traitements médicaux destinés à vous maintenir en vie dans les situations suivantes : phase terminale, état végétatif chronique et maladie incurable. Après avoir noté vos instructions en matière de soins médicaux, vous pourrez également indiquer dans le formulaire ad hoc si vous souhaitez figurer parmi les donneurs d'organes post-mortem.

→ You can fill out Parts I and II of this form, or only Part I, or only Part II. Use the form to reflect your wishes, then sign in front of two witnesses (Part III). If your wishes change, make a new advance directive. ←

→ Vous pouvez choisir de remplir les deux premières parties de ce formulaire ou de n'en remplir qu'une. Indiquez clairement quels sont vos souhaits, puis signez le document en présence de deux témoins (Troisième partie). Si vous changez d'avis, remplissez un *nouveau* formulaire. ←

Make sure you give a copy of the completed form to your health care agent, your doctor, and others who might need it. Keep a copy at home in a place where someone can get it if needed. Review what you have written periodically.

Une fois que vous l'aurez complété et signé, ne manquez pas de remettre une copie de ce formulaire à votre personne de confiance, à votre médecin et à qui vous jugerez bon de le faire. Gardez-en également une copie chez vous, à un endroit accessible par quiconque en cas de nécessité. Relisez-le régulièrement.

PART I: SELECTION OF HEALTH CARE AGENT
PREMIERE PARTIE : CHOIX DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

A. Selection of Primary Agent

I select the following individual as my agent to make health care decisions for me:

Choix de la personne de confiance

La personne de confiance que je choisis pour décider à ma place des questions d'ordre médical me concernant est la suivante :

Name:

Nom :

Address:

Adresse: _____

Telephone Numbers:

Numéros de téléphone :

(home and cell)/ (domicile et portable)

B. Selection of Back-up Agents

(Optional; form valid if left blank)

- 1. If my primary agent cannot be contacted in time or for any reason is unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Choix de personnes de confiance suppléantes

(Facultatif ; l'absence d'indication ne nuit en rien à la validité de ce document)

Au cas où la personne de confiance que j'ai désignée ne pourrait être jointe à temps, ne serait pas disponible, serait dans l'incapacité ou refuserait d'agir, je choisis la personne suivante pour agir en son lieu et place :

Name:

Nom:

Address:

Adresse: _____

Telephone Number(s):

Numéros de téléphone :

(home and cell)/ (domicile et portable)

2. *If my primary agent and my first back-up agent cannot be contacted in time or for any reason are unavailable or unable or unwilling to act as my agent, then I select the following person to act in this capacity:*

Au cas où ni la personne de confiance que j'ai désignée ni la première personne suppléante ne pourraient être jointes à temps, ne seraient pas disponibles, seraient dans l'incapacité ou refuseraient d'agir, je choisis la personne suivante pour agir en leurs lieu et place :

Name:

Nom:

Address:

Adresse: _____

Telephone Numbers:

Numéros de téléphone :

(home and cell)/ (domicile et portable)

C. Powers and Rights of Health Care Agent

I want my agent to have full power to make health care decisions for me, including the power to:

Pouvoirs et droits conférés à la personne de confiance

Je donne pleins pouvoirs à ma personne de confiance pour décider des questions d'ordre médical me concernant, y compris le pouvoir de :

1. *Consent or not to medical procedures and treatments which my doctors offer, including things that are intended to keep me alive, like ventilators and feeding tubes;*

Donner son accord ou refuser les actes ou les traitements proposés par mes médecins, y compris l'utilisation d'appareils dont le but est de me maintenir en vie, tels que respirateurs et sondes gastriques ;

2. *Decide who my doctor and other health care providers should be; and*

Choisir mon médecin et autres professionnels de la santé ; et de

3. *Decide where I should be treated, including whether I should be in a hospital, nursing home, other medical care facility, or hospice program.*

Décider du lieu où je devrai être soigné(e), que ce soit un hôpital, une clinique ou tout autre centre médical ou unité de soins palliatifs.

4. *I also want my agent to:*

Je désire également que ma personne de confiance :

- a. *Ride with me in an ambulance if ever I need to be rushed to the hospital; and*

Soit avec moi dans l'ambulance, si je devais être transporté(e) d'urgence à l'hôpital ; et qu'elle

- b. *Be able to visit me if I am in a hospital or any other health care facility.*

Puisse me rendre visite si je devais séjourner dans un hôpital ou dans quelque autre centre médical.

*THIS ADVANCE DIRECTIVE DOES NOT MAKE MY
AGENT RESPONSIBLE FOR ANY OF THE COSTS OF
MY CARE.*

LES DISPOSITIONS DE CE FORMULAIRE
N'ENGAGENT EN AUCUNE FACON LA
RESPONSABILITE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
VIS-A-VIS DES DEPENSES DE SANTE ME
CONCERNANT.

*This power is subject to the following conditions or limitations:
(Optional; form valid if left blank)*

L'exercice de ces pouvoirs est limité aux conditions suivantes :
(Facultatif ; l'absence d'indication ne remet pas en cause la validité de ce document)

D. How my Agent is to Decide Specific Issues

I trust my agent's judgment. My agent should look first to see if there is anything in Part II of this advance directive that helps decide the issue. Then, my agent should think about the conversations we have had, my religious and other beliefs and values, my personality, and how I handled medical and other important issues in the past. If what I would decide is still unclear, then my agent is to make decisions for me that my agent believes are in my best interest. In doing so, my agent should consider the benefits, burdens, and risks of the choices presented by my doctors.

Comment la personne de confiance doit-elle prendre les décisions qui s'imposent ?

Je fais confiance au jugement de la personne que j'ai désignée. Avant de prendre ses décisions, elle devra en premier lieu vérifier si les éléments de la deuxième partie du présent formulaire sont susceptibles de lui apporter une réponse. Puis elle devra se remémorer nos divers entretiens, mes convictions religieuses ou autres et les valeurs auxquelles je suis attaché(e), les traits de ma personnalité et la manière dont j'ai abordé différents problèmes dans le passé, y compris les problèmes de santé. Si le doute persiste quant à mes propres intentions, elle devra prendre la décision qui lui semble la plus appropriée à ma situation, en tenant compte des avantages et des responsabilités, ainsi que des risques liés aux alternatives proposées par le corps médical.

E. People My Agent Should Consult
(Optional; form valid if left blank)

In making important decisions on my behalf, I encourage my agent to consult with the following people. By filling this in, I do not intend to limit the number of people with whom my agent might want to consult or my agent's power to make decisions.

Les personnes à consulter

(Facultatif ; l'absence d'indication ne remet pas en cause la validité de ce document)

Lorsque ma personne de confiance prend à ma place certaines décisions majeures, je lui conseille de s'entretenir avec les personnes mentionnées ci-dessous. Mon intention n'est pas ici de limiter le nombre de personnes qu'elle peut vouloir consulter, ni de mettre en doute ses capacités.

Name(s)
Nom(s)

Telephone Number(s):
Numéro(s) de téléphone :

F. *In Case of Pregnancy*

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

En cas de grossesse

(Facultatif, pour les femmes en âge de procréer uniquement ; l'absence d'indication ne remet pas en cause la validité de ce document)

If I am pregnant, my agent shall follow these specific instructions:

Si je suis enceinte, la personne de confiance que j'ai désignée devra tenir compte de ce qui suit :

G. *Access to my Health Information – Federal Privacy Law (HIPAA) Authorization*

Accès à mon dossier médical - Loi fédérale concernant le domaine privé (HIPAA) Autorisation.

- 1. If, prior to the time the person selected as my agent has power to act under this document, my doctor wants to discuss with that person my capacity to make my own health care decisions, I authorize my doctor to disclose protected health information which relates to that issue.*

Si mon médecin désire discuter de ma capacité décisionnelle en matière de soins médicaux avec la personne de confiance que j'ai désignée, avant que celle-ci ne soit officiellement en fonction en vertu du présent document, je l'autorise à lui transmettre toutes les informations confidentielles me concernant.

- 2. Once my agent has full power to act under this document, my agent may request, receive, and review any information, oral or written, regarding my physical or mental health, including, but not limited to, medical and hospital records and other protected health information, and consent to disclosure of this information.*

Lorsque, selon le présent document, les pleins pouvoirs lui seront officiellement conférés, ma personne de confiance sera autorisée à demander, à obtenir et à prendre connaissance de toute information médicale, orale ou écrite, me concernant, tant au plan physique que mental. Cette information inclut - sans toutefois s'y limiter - les dossiers médicaux des praticiens et des hôpitaux concernés, comme tout autre renseignement confidentiel me concernant.

- 3. For all purposes related to this document, my agent is my personal representative under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). My agent may sign, as my personal representative, any release forms or other HIPAA-related materials.*

Pour toutes les questions traitées dans ce document, ma personne de confiance est mon représentant légal selon la loi sur l'assurance maladie (HIPAA) et peut à ce titre signer pour moi tous les formulaires et les documents relatifs.

H. Effectiveness of this Part

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

Entrée en vigueur de cet accord

(Lisez attentivement les deux paragraphes suivants. N'en signez qu'un avec vos initiales)

My agent's power is in effect:

Les pouvoirs de la personne de confiance que j'ai désignée entrent en vigueur :

1. *Immediately after I sign this document, subject to my right to make any decision about my health care if I want and am able to.*

Dès que j'ai signé ce document, en me réservant toutefois le droit de faire mes propres choix en matière de soins médicaux, si je le désire et si j'en suis capable.

>>OR/OU<<

2. *Whenever I am not able to make informed decisions about my health care, either because the doctor in charge of my care (attending physician) decides that I have lost this ability **temporarily**, or my attending physician and a consulting doctor agree that I have lost this ability **permanently**.*

Lorsque je serai dans l'incapacité de prendre des décisions en toute connaissance de cause, soit parce que mon médecin (médecin traitant) aura estimé que j'ai **momentanément** perdu cette faculté ou que celui-ci, avec l'accord d'un confrère, sera parvenu à la conclusion qu'il s'agit d'un état **irréversible**.

If the only thing you want to do is select a health care agent, skip Part II. Go to Part III to sign and have the advance directive witnessed. If you also want to write your treatment preferences, go to Part II. Also consider becoming an organ donor, using the separate form for that.

Si votre seul objectif est de désigner une personne de confiance, passez directement à la troisième partie de ce formulaire pour la signature devant témoins. Si vous désirez également indiquer vos priorités en matière de soins médicaux, remplissez la deuxième partie. Si vous envisagez d'être donneur d'organes, remplissez le formulaire ci-joint prévu à cet effet.

**PART II: TREATMENT PREFERENCES (“LIVING WILL”)
DEUXIEME PARTIE : PRIORITES (“VOLONTE DE VIVRE”)**

A. Statement of Goals and Values
(Optional: Form valid if left blank)

I want to say something about my goals and values, and especially what’s most important to me during the last part of my life:

Objectifs et principes

(Facultatif ; l’absence d’indication ne remet pas en cause la validité de ce document)

Je désire indiquer quels sont mes objectifs et les principes auxquels je suis attaché(e), en particulier ce qui est le plus important pour moi dans la dernière partie de ma vie.

B. Preference in Case of Terminal Condition

(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

Priorité en phase terminale

(Si vous désirez indiquer votre priorité, n’inscrivez vos initiales qu’à un endroit. Dans le cas contraire, barrez ce passage entièrement)

If my doctors certify that my death from a terminal condition is imminent, even if life-sustaining procedures are used:

Si mes médecins certifient que je suis en phase terminale et que ma mort est imminente, quelles que soient les méthodes utilisées pour me maintenir en vie :

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l’on veille à mon confort et que l’on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Je ne veux être ni alimenté(e) par sonde gastrique, ni perfusé(e).

>>OR/OU<<

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on veille à mon confort et que l'on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Dans le cas où je ne pourrais plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.

>>OR/OU<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on me maintienne en vie le plus longtemps possible, en utilisant tous les moyens jugés médicalement efficaces pour éviter ou retarder mon décès. Si je ne peux plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.

C. ***Preference in Case of Persistent Vegetative State***

*(If you want to state what your preference is, initial **one** only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)*

Priorité en cas d'état végétatif chronique

(Si vous désirez indiquer votre priorité, n'inscrivez vos initiales qu'à un endroit. Dans le cas contraire, barrez ce passage entièrement)

If my doctors certify that I am in a persistent vegetative state, that is, if I am not conscious and am not aware of myself or my environment or able to interact with others, and there is no reasonable expectation that I will ever regain consciousness:

Si mes médecins certifient que je suis dans un état végétatif chronique, c'est-à-dire que je suis totalement inconscient(e) de mon état, de l'endroit où je me trouve et des personnes qui m'entourent et que l'on ne peut raisonnablement s'attendre à ce que je reprenne un jour conscience :

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on veille à mon confort et que l'on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Je ne veux être ni alimenté(e) par sonde gastrique, ni perfusé(e).

>>OR/OU<<

2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on veille à mon confort et que l'on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Dans le cas où je ne pourrais plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.

>>OR/OU<<

3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on me maintienne en vie le plus longtemps possible, en utilisant tous les moyens jugés médicalement efficaces pour éviter ou retarder mon décès. Si je ne peux plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.

D. Preference in Case of End-Stage Condition

(If you want to state what your preference is, initial one only. If you do not want to state a preference here, cross through the whole section.)

Priorité en cas de maladie incurable

(Si vous désirez indiquer votre priorité, n'inscrivez vos initiales qu'à un endroit. Dans le cas contraire, barrez ce passage entièrement)

If my doctors certify that I am in an end-state condition, that is, an incurable condition that will continue in its course until death and that has already resulted in loss of capacity and complete physical dependency:

Si mes médecins certifient que je suis atteint d'une maladie incurable dont la mort est la seule issue et que je suis déjà diminué(e) et physiquement complètement dépendant(e) :

1. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want any medical interventions used to try to extend my life. I do not want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on veille à mon confort et que l'on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Je ne veux être ni alimenté(e) par sonde gastrique, ni perfusé(e).

>>OR/OU<<



2. *Keep me comfortable and allow natural death to occur. I do not want medical interventions used to try to extend my life. If I am unable to take enough nourishment by mouth, however, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on veille à mon confort et que l'on me laisse mourir de façon naturelle. Je ne veux subir aucune intervention destinée à me maintenir en vie. Dans le cas où je ne pourrais plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.

>>OR/OU<<



3. *Try to extend my life for as long as possible, using all available interventions that in reasonable medical judgment would prevent or delay my death. If I am unable to take enough nourishment by mouth, I want to receive nutrition and fluids by tube or other medical means.*

Je souhaite que l'on me maintienne en vie le plus longtemps possible, en utilisant tous les moyens jugés médicalement efficaces pour éviter ou retarder mon décès. Si je ne peux plus m'alimenter normalement, je veux que l'on y remédie par d'autres moyens, tels que perfusions et sondes gastriques.



E. Pain Relief

No matter what my condition, give me the medicine or other treatment I need to relieve pain.

Traitement anti-douleur

Quel que soit l'état dans lequel je me trouve, je désire que l'on soulage mes souffrances par des médicaments ou tout autre moyen.

F. In Case of Pregnancy

(Optional, for women of child-bearing years only; form valid if left blank)

En cas de grossesse

(Facultatif ; pour les femmes en âge de procréer ; l'absence d'indication ne remet pas en cause la validité de ce document)

If I am pregnant, my decision concerning life-sustaining procedures shall be modified as follows:

Si je suis enceinte, ma décision concernant les traitements destinés à me garder en vie sera modifiée comme suit :

G. Effect of Stated Preferences

(Read both of these statements carefully. Then, initial one only.)

Interprétation du contenu de ce document

(Lisez attentivement les deux paragraphes suivants. N'en signez qu'un avec vos initiales)

1. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. My stated preferences are meant to guide whoever is making decisions on my behalf and my health care providers, but I authorize them to be flexible in applying these statements if they feel that doing so would be in my best interest.*

Je suis consciente du fait qu'il m'est impossible de prévoir tout ce qu'il peut m'arriver à partir du moment où je perds tout pouvoir de décision. Ce document a été établi dans le but de renseigner la personne chargée de décider à ma place, ainsi que les professionnels de la santé concernés. Je leur autorise cependant une certaine flexibilité d'interprétation pour autant qu'ils soient certains d'agir au mieux de mes intérêts.

>>OR/OU <<



2. *I realize I cannot foresee everything that might happen after I can no longer decide for myself. Still, I want whoever is making decisions on my behalf and my health care providers to follow my stated preferences exactly as written, even if they think that some alternative is better.*

Je suis conscient(e) du fait qu'il m'est impossible de prévoir tout ce qu'il peut m'arriver à partir du moment où je perds tout pouvoir de décision. Je désire cependant que la personne chargée de décider à ma place, ainsi que les professionnels de la santé suivent précisément mes instructions, même s'ils jugent qu'une autre alternative serait préférable à celle que j'ai indiquée.



PART III: SIGNATURE AND WITNESSES
TROISIEME PARTIE : SIGNATURE ET TEMOINS

By signing below as the Declarant, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this advance directive and that I understand its purpose and effect. I also understand that this document replaces any similar advance directive I may have completed before this date.

Je, soussigné(e), déclare avoir rédigé le présent document en étant en pleine possession de mes moyens intellectuels et confirme en saisir le but et la portée. Je confirme également que ce formulaire annule et remplace tout document similaire que j'aurais pu compléter avant ce jour.

(Signature of Declarant)
(Signature du Déclarant)

(Date)
(Date)

The Declarant signed or acknowledged signing this document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this advance directive.

Je certifie que le Déclarant a signé ou reconnaît avoir signé ce document en ma présence et que, d'après ce que j'ai pu constater, celui-ci est en pleine possession de ses moyens intellectuels et a établi ce document en connaissance de cause.

(Signature of Witness)
(Signature du 1^{er} témoin)

(Date)
(Date)

Telephone Number(s):
Numéro(s) de téléphone :

(Signature of Witness)
(Signature du 2^e témoin)

(Date)
(Date)

Telephone Number(s):
Numéro(s) de téléphone :

(Note: *Anyone selected as a health care agent in Part I may not be a witness. Also, at least one of the witnesses must be someone who will not knowingly inherit anything from the Declarant or otherwise knowingly gain a financial benefit from the Declarant's death. Maryland law does **not** require this document to be notarized.*)

(Remarque : la personne de confiance désignée dans la première partie de ce document n'est pas autorisée à agir en tant que témoin. D'autre part, l'un des deux témoins ne doit, à sa connaissance, ni figurer au nombre des héritiers du Déclarant, ni s'attendre à tirer un quelconque profit de son décès. La loi du Maryland **n'exige pas** que ce document soit notarié.)

AFTER MY DEATH
DISPOSITIONS POST MORTEM

By: _____ **Date of Birth:**
De : (Print Name) (Month/Day/Year)
(Nom en majuscules) (Mois/jour/année)

(Initial the ones that you want. Cross through any that you do not want.)
(Inscrivez vos initiales devant les rubriques de votre choix. Barrez les autres)

Upon my death I wish to donate:
A mon décès, je fais don de :

Any needed organs, tissues, or eyes.  _____
Organes, tissus ou cornées, sans restrictions

Only the following organs, tissues, or eyes  _____
Seuls les organes, tissus, cornées, comme indiqué :

I authorize the use of my organs, tissues, or eyes:
J'autorise l'utilisation de mes organes, tissus ou cornées :

For transplantation  _____
Pour des transplantations

For therapy  _____
Pour des thérapies

For research  _____
Pour la recherche

For medical education  _____
Pour l'enseignement

For any purpose authorized by law  _____
Pour toute autre utilisation légalement autorisée

I understand that no vital organ, tissue, or eye may be removed for transplantation until after I have been pronounced dead. This document is not intended to change anything about my health care while I am still alive. After death, I authorize any appropriate support measures to maintain the viability for transplantation of my organs, tissues, and

eyes until organ, tissue, and eye recovery has been completed. I understand that my estate will not be charged for any costs related to this donation.

Aucune partie de mon corps ne sera prélevée pour être transplantée avant mon décès

Ce document n'a pas été établi dans le but de changer quoi que ce soit en matière de soins médicaux de mon vivant. Je donne mon autorisation pour que soient utilisés, une fois mon décès constaté, les moyens nécessaires pour conserver la viabilité des parties de mon corps que j'ai léguées jusqu'à leur destination finale.

Les coûts de ces opérations ne seront en aucun cas facturés à mes héritiers.

PART II: DONATION OF BODY

SECTION II : DON DE CORPS

After any organ donation indicated in Part I, I wish my body to be donated for use in a medical study program.

Outre les dons d'organes mentionnés ci-dessus, je souhaite léguer mon corps à la science.

 _____

PART III: DISPOSITION OF BODY AND FUNERAL ARRANGEMENTS

SECTION III : DISPOSITIONS POST MORTEM ET ARRANGEMENTS FUNERAIRES

I want the following person to make decisions about the disposition of my body and my funeral arrangements: (Either initial the first or fill in the second.)

Je désire que la personne dont le nom figure ci-dessous décide des dispositions à prendre et des arrangements funéraires. (Mettre des initiales dans la première partie ou remplir la seconde)

The health care agent who I named in my advance directive

La personne de confiance que j'ai désignée sur ce formulaire

>>OR/OU<<

 _____

This person:

La personne suivante :

Name:

Nom :

Address:

Adresse :

Telephone Number(s): / Numéro(s) de téléphone
(Home and Cell)/ (Domicile et portable)

If I have written my wishes below, they should be followed. If not, the person I have named should decide based on conversations we have had, my religious or other beliefs and values, my personality, and how I reacted to other peoples' funeral arrangements. My wishes about the disposition of my body and my funeral arrangements are:

Si mes instructions figurent sur ce formulaire, il conviendra de s'y conformer. Dans le cas contraire, la personne que j'ai nommée ci-dessus devra prendre ses propres décisions en fonction des entretiens que nous avons eus, de mes convictions religieuses ou autres et des valeurs auxquelles je suis attaché(e), des traits de ma personnalité et de la manière dont j'ai jugé d'autres arrangements funéraires de mon vivant. Mes instructions relatives à la disposition de mon corps et à l'arrangement de mes obsèques sont les suivantes :

PART IV: SIGNATURE AND WITNESSES

SECTION IV : SIGNATURE ET TÉMOINS

By signing below, I indicate that I am emotionally and mentally competent to make this donation and that I understand the purpose and effect of this document.

Je, soussigné(e), certifie que je suis en pleine possession de mes moyens intellectuels et que j'ai pleine conscience du but et de la portée de ce document.

(Signature of Donor)
(Signature du Donneur)

(Date)
(Date)

The Donor signed or acknowledged signing the foregoing document in my presence and, based upon personal observation, appears to be emotionally and mentally competent to make this donation.

Je certifie que le Donneur a signé ou reconnaît avoir signé ce document en ma présence et que, d'après ce que j'ai pu constater, celui-ci est en pleine possession de ses moyens intellectuels et a établi ce document en connaissance de cause.

(Signature of Witness)
(Signature du 1er témoin)

(Date)
(Date)

Telephone Number(s):
Numéro(s) de téléphone :

(Signature of Witness)
(Signature du 2ème témoin)

(Date)
(Date)

Telephone Number(s): /Numéro(s) de téléphone :

***Did You Remember To ...?
Avez-vous pensé à ?***

- *Fill out Part I if you want to name a health care agent?*

Compléter la première partie, si vous souhaitez désigner une personne de confiance ?

- *Name one or two back-up agents in case your first choice as health care agent is not available when needed?*

Désigner un ou deux suppléants au cas où la personne de confiance que vous avez désignée ne serait pas disponible en temps voulu ?

- *Talk to your agents and back-up agent about your values and priorities, and decide whether that's enough guidance or whether you also want to make specific health care decisions in the advance directive?*

Parler à la personne de confiance et aux suppléants que vous avez désignés des principes auxquels vous êtes attaché et de vos priorités et à vérifier si cela est suffisant ou s'il convient de préciser sur ce formulaire vos priorités en matière de soins médicaux ?

- *If you want to make specific decisions, fill out Part II, choosing carefully among alternatives?*

Remplir la deuxième partie, si vous désirez faire état de vos priorités ?

- *Sign and date the advance directive in Part III, in front of two witnesses who also need to sign?*

Signer et dater la troisième partie de ce document en présence de deux témoins, et à le leur faire signer ?

- *Look over the “After My Death” form to see if you want to fill out any part of it?*

Parcourir la section “post mortem” au cas où vous voudriez y ajouter vos instructions ?

- *Make sure your health care agent (if you named one), your family, and your doctor know about your advance care planning?*

Vous assurer que votre personne de confiance (si vous en avez désignée une), votre famille et votre médecin ont connaissance du formulaire que vous avez rempli ?

- *Give a copy of your advance directive to your health care agent, family members, doctor, and hospital or nursing home if you are a patient there?*

Donner une copie du présent document à votre personne de confiance, aux membres de votre famille, à votre médecin et à l’hôpital ou à la clinique, si vous êtes actuellement hospitalisé(e) ou en clinique ?