Commencez la Conversation : Faites connaître vos vœux de soins

Directives Anticipées et
Procuration Durable
pour les Soins de Santé
Advance Directives and
Durable Power of Attorney
for Health Care (French)

MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Guide de Directives Anticipées.

Ce guide comprend cinq parties. Il vous permet de :

Avant de commencer : **Informations sur les Directives Anticipées. (Page 3)**
Cette section vous donne des informations sur la planification des soins de santé et les formulaires que vous avez besoin de remplir.

Formulaire Partie A: **Faire connaître vos volontés de soins. (Page 8)**
Ce formulaire vous permet d'écrire les sortes de soins de santé que vous souhaitez afin de guider votre Représentant. Ainsi, ceux qui prennent soin de vous sauront ce que vous souhaitez, même si vous êtes trop malade pour le leur dire vous-même.

Formulaire Partie B : **Choisir un Représentant. (Page 15)**
Un Représentant est une personne qui peut prendre des décisions médicales pour vous si vous êtes trop malade ou incapable de le faire vous-même.

Formulaire Partie C: **Signer le formulaire. (Page 16)**
Vous devez signer le formulaire avant qu'il ne puisse être utilisé.

Formulaire Partie D : **Demander à votre Représentant de signer. (Page 18)**
Votre Représentant doit signer page 17 afin d'accepter d'être votre Représentant.

Remplissez uniquement les parties que vous souhaitez remplir.

- Si vous souhaitez indiquer seulement vos propres volontés de soins de santé, continuez à la Partie A (Page 8).
- Si vous souhaitez uniquement nommer un Représentant, continuez à la Partie B (Page 15).
- Si vous souhaitez les deux, remplissez les Parties A et B.

Toujours signer le formulaire avec 2 témoins dans la Partie C (Page 16).

Liste de Vérification des Directives Anticipées

Utilisez cette liste de vérification comme un guide utile quand vous examiner vos préférences et que vous remplissez les formulaires dans ce livret.

- ☐ Lisez ce guide de la première à la dernière page.
- ☐ Notez toutes vos questions.
- ☐ Discutez de vos questions avec vos médecins, avec votre famille, avec vos amis et avec des conseillers spirituels.
- ☐ Trouvez une personne pour vous servir de Représentant (et un Représentant alternatif).
- ☐ Parlez avec cette personne et soyez sûr(e) qu'elle est prête à devenir votre représentant. Parlez-lui de vos volontés.
- ☐ Remplissez la Partie A (Faites Connaître vos Souhaits pour vos Soins de Santé) et B (Nommez un Représentant) de ce guide.
- ☐ Identifiez 2 personnes qui ne sont pas votre Représentant, vos membres de famille ou un membre de votre équipe de soins de santé, qui peuvent servir de témoins.
- ☐ Signez le formulaire devant les témoins.
- ☐ Faites signer le formulaire aux témoins.
- ☐ Faites signer le formulaire à votre Représentant.
- ☐ Faites plusieurs copies du formulaire signé.
- ☐ Gardez une copie pour vous-même. Gardez-la dans un endroit sécurisé et facilement accessible.
- ☐ Donnez des copies à votre Représentant, à votre fournisseur de soins de santé, à votre famille et à vos amis.
- ☐ Révisez ce document régulièrement

Avant de Commencer

Pourquoi la planification pour les soins de santé est-elle importante?

Vous avez toujours le droit de faire partie de toutes les décisions qui concernent les soins de santé que vous recevez. Cependant, personne ne sait ce que réserve l'avenir, et il peut y avoir un moment où vous êtes incapable de prendre vos propres décisions. En examinant ce guide et en indiquant vos souhaits pour les soins de santé, vous pouvez être sûr(e) que vos proches et les fournisseurs de soins de santé connaissent les types de décisions vous prendriez vous-même.

Comment puis-je commencer?

Écrire vos préférences est une bonne façon de commencer la planification de vos soins de santé. Une **Directive Anticipée** est une déclaration écrite de vos volontés concernant un traitement médical. Dans l'état du Michigan, le formulaire pour **la Procuration Durable pour les Soins de Santé** la plus largement utilisée est la Directive Anticipée. **Ce formulaire vous permet de nommer votre Représentant et est un document juridique dans le Michigan.**

Qu'est-ce qu'un Représentant?

Un **Représentant** est une personne qui peut prendre des décisions médicales pour vous si vous êtes trop malade ou incapable de le faire vous-même. Nommer un Représentant est votre Procuration Durable pour les Soins de Santé. Un Représentant peut prendre des décisions médicales à votre place seulement si **2 médecins** conviennent que vous ne pouvez pas prendre vos propres décisions et si ce fait est écrit dans votre dossier. Votre Représentant prendra les décisions que l'on vous demanderait de prendre si vous le pouviez.

Qui devrais-je choisir pour être représentant ?

Un membre de famille ou un ami :

- Qui est âgé d'au moins 18 ans.
- Qui vous connaît bien.
- Qui peut vous aider quand vous avez besoin de lui/elle.
- En qui vous faites confiance pour faire ce qui est le mieux pour vous et qui respecte vos volontés, même s'il/elle n'est pas d'accord avec celles-ci.
- Qui peut parler à vos médecins de vos volontés de soins.

Que se passera-t-il si je ne choisis pas de Représentant?

- Si vous êtes trop malade pour prendre vos propres décisions, vos médecins peuvent demander à vos proches de prendre des décisions pour vous.
- Si les membres de votre famille ne peuvent pas prendre une décision ou convenir d'une décision, un juge peut nommer une personne pour prendre des décisions pour vous.
- Vous recevrez des soins même si vous ne choisissez pas de Représentant.

Quels types de décisions mon Représentant peut-il prendre ?

Selon vos volontés, votre représentant peut : **accepter, ne pas accepter, changer, arrêter** ou **choisir** les actions suivantes :

- Des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux
- Des hôpitaux ou des cliniques
- Des médicaments, des tests ou des traitements
- Que vous recevez des traitements de maintien en vie ou non
- Que vous subissez une chirurgie ou non
- Que vous allez dans un hôpital ou dans une unité de soins de longue durée
- Quel type de soins de confort vous recevez, y compris les soins palliatifs

Votre Représentant peut examiner votre dossier médical pour aider à prendre ces décisions.

La loi définit le Représentant nommé sur votre formulaire de Procuration Durable pour les Soins de Santé comme votre **décideur de substitution.** Cela signifie qu'il/elle prendra des décisions médicales pour vous. C'est pourquoi il est très important de partager vos volontés avec votre Représentant.

Les préférences que vous indiquez sur ce formulaire devraient servir de guide pour votre Représentant et vos médecins, mais ne sont pas juridiquement contraignantes.

Un formulaire de Procuration Durable pour les Soins de Santé dûment rempli est légalement reconnu et permet à votre Représentant de prendre des décisions médicales pour vous quand vous ne le pouvez pas.

Que dois-je faire avec le formulaire après l'avoir rempli et que tout le monde l'a signé ?

- Apportez une copie de ce formulaire au cabinet de votre médecin ou à l'hôpital pour que l'on puisse l'ajouter à votre dossier médical.
- Partagez une copie du formulaire avec les personnes qui s'occupent de vous, telles que :
    - Votre Représentant
    - Tous vos médecins
    - Les infirmières et infirmiers
    - Les assistants sociaux
    - Votre famille et vos amis
- Conservez une copie pour vous-même dans un endroit sécurisé et facile à trouver.

Parlez avec votre Représentant de vos choix.

Est-ce que je peux changer d'avis ?

- Vous pouvez changer d'avis à tout moment.
- N'importe quel souhait exprimé verbalement à propos d'un traitement médical doit être respecté par un Représentant, même s'il est différent de ce que vous écrivez sur votre formulaire.
- Si vous changez d'avis, il est préférable de remplir et de signer un nouveau formulaire.
    - Informez ceux qui s'occupent de vous de ces modifications.
    - Donnez le nouveau formulaire à votre Représentant et à vos médecins.

Que se passe-t-il si j'ai des questions concernant le formulaire ?

- Apportez-le à vos médecins, à vos infirmiers, à vos assistants sociaux, à votre Représentant, à votre famille ou à vos amis pour qu'ils répondent à vos questions.

Que se passe-t-il si je veux écrire des volontés de soins de santé qui ne sont pas sur ce formulaire ?

- Écrivez vos volontés sur une feuille de papier, signez et datez le document.
- Gardez le papier avec ce formulaire.
- Partagez vos volontés avec ceux qui prennent soin de vous.

Où puis-je obtenir des informations supplémentaires?

Parlez à votre fournisseur de soins de santé, tel que votre médecin ou une assistante sociale du cabinet. Si vous souhaitez parler à une assistante sociale, veuillez téléphoner au Programme d'Assistance des Clients au 800-888-9825 et on vous aidera.

Vous pouvez également visiter la page de Planification Préalable des Soins au bureau central d'éducation des patients de l'Université du Michigan à http://careguides.med.umich.edu/advance-directives.

Sur le site web, vous pouvez trouver plus d'informations sur la planification préalable des soins et sur les Directives Anticipées, notamment :

- Foire aux Questions sur la planification préalable des soins et les Directives Anticipées.

- Des documents de Directives Anticipées Supplémentaires, y compris un formulaire de Déclaration de Non-Réanimation (DNR), une Procuration Durable pour le Choix de Soins de Santé Mentale et un formulaire de Désignation du Représentant d'Obsèques.

- Des ressources supplémentaires pour écrire vos volontés, y compris les formulaires de Testament de Vie et les outils de conversation.

Faire Connaître vos Volontés

et

Désignez votre Représentant

Making Your Wishes Known

and

Naming Your Patient Advocate (DPOA-HC)

Partie A: Faites Connaître vos Volontés de Soins

Utilisez cette section pour indiquer vos préférences pour les soins de santé.
Cette section n'est pas juridiquement contraignante dans l'État du Michigan, mais elle peut servir de guide utile à vos médecins et à votre Représentant.
Vous pouvez répondre ou ignorer toutes les questions de la Partie A.

Vos Pensées sur la Vie

Your Thoughts on Life

Quand vous pensez aux choses qui rendent la vie valable d'être vécue, lesquelles vous correspondent:(Choisissez-en un)

When you think about the things that make life worth living, which of the following apply to you: (pick one)

- ☐ Ma vie est toujours valable d'être vécue, aussi malade que je sois.
  My life is always worth living, no matter how sick I am.
- ☐ Ma vie est valable d'être vécue seulement si je peux faire certaines choses qui sont importantes pour moi.
  My life is worth living only if I can do some of the things that are meaningful to me.
- ☐ Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Si vous choisissez la deuxième option, mettez un (X) à côté de toutes les phrases auxquelles vous vous identifiez le plus :

If you chose the second option, put an (X) next to all the sentences you most agree with:

- ☐ Ma vie vaut d'être vécue uniquement si je peux :
  My life is only worth living if I can:
  - ○ Parler à ma famille ou à mes amis.
    Talk to family or friends.
  - ○ Me réveiller d'un coma.
    Wake up from a coma

- ○ Me nourrir, me baigner ou prendre soin de moi.
  Feed, bathe, or take care of myself.
- ○ Vivre sans douleur. Be free from pain.
- ○ Vivre sans être relié(e) à des machines.
  Live without being hooked up to machines.
- ○ Vivre chez moi (plutôt que dans une unité de soins de longue durée).
  Live at home (as opposed to a nursing home).
- ○ Autre : _____
  Other
- ○ Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Si je suis en train de mourir, je préfère mourir : (Choisissez-en un)

If I am dying, I prefer to die: (pick one)

- ○ Chez moi.
  At home
- ○ Dans un établissement (un hôpital, un centre de soins palliatifs ou une unité de soins de longue durée).
  At a facility (hospital, hospice, or nursing home).
- ○ Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure

La religion ou la spiritualité sont-elles importantes pour vous ?

Is religion or spirituality important to you?

○ Non ○ Oui
No Yes

Si vous en avez une, quelle est votre religion ? _____

If you have one, what is your religion?

Qu'est-ce que vos médecins devraient savoir sur votre religion ou votre spiritualité ?

What should your doctors know about your religion or spirituality?

- O Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Est-ce que vous avez des volontés pour votre enterrement ou le service commémoratif ? Vous pouvez inclure des informations sur la musique, des lectures ou toute autre demande que vous pourriez avoir.
Do you have any hopes for your funeral or memorial service? You can include information on music, readings, or any other requests that you may have.

- O Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Est-ce que vous avez d'autres volontés ou pensées sur la vie que vous aimeriez partager ? Vous pouvez inclure des informations sur la façon dont vous voulez être traité(e), être soulagé(e), ou toutes autres demandes que vous pourriez avoir.
Do you have any other wishes or thoughts on life that you would like to share? You can include information on how you would like to be treated, made comfortable, or any other requests that you may have.

- O Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Vos Souhaits Concernant le Don d'Organes

Your Wishes About Organ Donation

Vos médecins peuvent vous demander si vous souhaitez faire un don d'organes après votre mort. Faire un don d'organes peut aider à sauver des vies. Veuillez nous informer de vos souhaits.

Si votre Représentant n'est pas un parent proche et vous souhaitez que votre Représentant prenne des décisions en votre nom après votre décès, veuillez remplir un formulaire de Désignation de Représentant d'Obsèques.

Mettez un (X) à côté d'un choix qui représente au mieux vos souhaits.
Put an (X) next to the one choice you most agree with.

- ☐ Je veux faire don de **tous** mes organes.
  I want to donate all my organs.

- ☐ Je ne veux faire don que de ces organes :
  I want to donate only these organs:
  _____

- ☐ Je **ne veux pas** faire don de mes organes.
  I **do not want** to donate my organs.

- ☐ Je veux que mon **Représentant** prenne la décision. Si vous laissez votre Représentant décider, il peut faire ce choix après votre mort.
  I want my **Patient Advocate** to decide. If you let your Patient Advocate decide, they can make that choice after you die.

- ☐ Je ne suis pas sûr(e).

  I am not sure.
  Est-ce que vous avez des pensées supplémentaires quant au don de vos organes ?
  Si oui, veuillez les écrire ci-dessous.
  Do you have any additional thoughts on donating your organs? If you do, please write them here.

Faites Connaître vos Volontés sur l'Utilisation des Appareils de Maintien en Vie

Si vous ne pouvez pas vous exprimer, votre Représentant prendra des décisions sur le maintien de votre vie à votre place. Les traitements de maintien en vie sont des soins médicaux pour essayer de prolonger votre vie.

Parlez à votre fournisseur de soins de santé, aux membres de votre famille et à votre Représentant de la sorte de traitement que vous voulez et que vous ne voulez pas.

La plupart des traitements médicaux peuvent être essayés et puis arrêtés s'ils n'apportent aucune amélioration. Il est important de parler avec vos fournisseurs de soins de santé de ces choix.

Si vous êtes malade, vos médecins et infirmiers essaieront toujours d'assurer votre confort et de minimiser votre douleur. Ils essaieront de faire ce qui est le mieux pour vous.

Veuillez lire toutes les options ci-dessous avant de faire votre choix. Choisissez une option.
Si je suis tellement malade que je suis en train de mourir :

Please read all options below before you make your choice. Select one option. If I am so sick that I am dying:

- ☐ Je veux que des médecins essaient **tous les traitements** qui pourraient aider, selon eux, y compris l'utilisation des appareils de maintien en vie même s'ils risquent de ne pas m'aider à guérir.
  I want doctors to try **all treatments** that they think might help, including life support even if it may not help me get better.

- ☐ Je veux que des médecins fassent tout ce qui pourrait m'aider, selon eux, mais si je suis très malade et que j'ai peu de chance de guérir, je **ne** veux **pas** utiliser des appareils de maintien en vie.
  I want doctors to do everything they think might help me, but, if I am very sick and have little hope of getting better, I do **not** want to stay on life support.

- ☐ Je veux mourir d'une mort naturelle. Je **ne** veux **aucun** traitement de maintien en vie.
  I want to die a natural death. I want no life support treatments.

- ☐ Je veux que mon Représentant prenne des décisions pour moi avec l'aide des informations de mes médecins et de mes pensées sur la vie.
  I want my Patient Advocate to decide for me with the help of information from my doctors and my thoughts on life.

- ☐ Je ne suis pas sûr(e).
  I am not sure.

Si vous avez des préférences spécifiques pour les traitements, veuillez les écrire ci-dessous :

If you have any specific preferences for treatments, please write them here:

Dans le cas où vous êtes en train de mourir, votre Représentant peut :

In the event you are dying, your Patient Advocate can:

- Faire venir un chef spirituel.
  Call in a spiritual leader.
- Vous inscrire en soins palliatifs.
  Enroll you in hospice care.
- Décider si vous mourrez chez vous, si possible, ou à l'hôpital.
  Decide if you die at home, if possible, or in the hospital.
- Assurer votre confort et le contrôle de votre douleur.
  Ensure your comfort and pain control.

Mes autres volontés pour mes soins de santé :

My other wishes for my health care:

Les Instructions pour votre Représentant

Si vous souhaitez laisser votre Représentant prendre des décisions qui pourraient vous permettre de mourir lorsque vous êtes très malade, veuillez signer sous la déclaration ci-dessous.

Les lois de l'État de Michigan autorisent votre Représentant à refuser ou à arrêter les traitements de maintien de vie ou la RCP seulement si vous donnez ce pouvoir à votre Représentant.

Si vous souhaitez donner à votre Représentant ce pouvoir, signez ci-dessous. Si vous préférez ne pas donner à votre Représentant ce pouvoir, vous pouvez ignorer cette section.

Je veux que mon Représentant prenne les décisions concernant l'utilisation des appareils de maintien en vie et les traitements qui me permettraient de mourir quand je suis très malade. Quand mon Représentant prend ces décisions, je veux qu'il suive les directives que j'ai fournies.

I want my Patient Advocate to make decisions about life support and treatments that would allow me to die when I am very sick. When making these decisions, I want my Patient Advocate to follow the guidelines I have provided.

Signez votre nom ci-dessous afin de donner ce pouvoir à votre Représentant

Sign your name here to give this power to your Patient Advocate

Montrez ce formulaire à votre Représentant.

Dites-lui le genre de soins médicaux que vous souhaitez.

Partie B: Choisissez un Représentant

Votre Nom Your Name | Date de Naissance Date of Birth

Un **Représentant** est une personne qui peut prendre des décisions médicales pour vous si vous êtes trop malade ou incapable de le faire vous-même.

Si vous êtes très malade et 2 médecins décident que vous ne pouvez pas prendre vos propres décisions médicales, ils demanderont à ce que votre Représentant les prenne à votre place. Choisissez une personne à qui vous faites confiance pour prendre les décisions que vous souhaiteriez. Vous pouvez également nommer une ou plusieurs personnes pour prendre les décisions, si votre premier choix ne le peut pas. Ces personnes supplémentaires seraient votre successeur ou votre Représentant alternatif.

Je veux que cette personne soit mon Représentant si je ne peux plus prendre mes propres décisions médicales.

I want this person to be my Patient Advocate if I can no longer make my medical decisions for myself.

Prénom First Name | Nom de Famille Nom de Famille

Adresse Postale Street Address | Ville City | État State | Code Postal Zip

Numéro de téléphone (domicile) Home phone | Numéro de téléphone (travail) Work phone | Numéro de portable Cell phone

Si la première personne ne peut pas le faire, alors je veux que cette personne prenne mes décisions médicales quand je ne peux pas et qu'elle soit mon Représentant remplaçant.

If the first person cannot do it, then I want this person to make my medical decisions when I cannot and be my successor Patient Advocate.

Prénom First Name | Nom de famille Last Name

Adresse postale Street Address | Ville City | État State | Code Postal Zip

Numéro de téléphone (domicile) Home phone | Numéro de téléphone (travail) Work phone | Numéro de portable Cell phone

Partie C : Signatures

Avant que cette Directive Anticipée puisse être utilisée, vous devez :

- Signer ce formulaire à la page 17.
- Faire signer le formulaire par les 2 témoins à la page 17.

Vos témoins **doivent :**

- Être âgé(e) d'au moins 18 ans.
- Vous regarder signer ce formulaire et le signer le jour même.

Vos témoins **ne peuvent pas** :

- Être votre Représentant.
- Être votre fournisseur de soins de santé.
- Travailler pour votre fournisseur de soins de santé.
- Travailler à l'endroit où vous vivez (si vous habitez dans une unité de soins de longue durée ou un foyer de groupe).
- Être votre conjoint, vos parents, votre enfant ou petit-enfant, ou votre frère ou sœur.
- Recevoir un avantage financier (obtenir des fonds ou des biens) après votre mort.
- Travailler pour votre compagnie d'assurances.

Vos 2 témoins **n'**ont **pas** besoin de lire cette directive anticipée.
Ils **doivent** vous regarder signer le formulaire et le signer eux-mêmes le jour même.

Ils signent afin de promettre que, pendant que vous signiez le formulaire, vous sembliez penser clairement et n'aviez pas signer sous la contrainte. Quelques exemples de qui peut être votre témoin : des voisins, des membres d'une église, ou des amis.

Vous **n'**avez **pas** besoin qu'un notaire ou un avocat remplisse ce formulaire.

1. Votre Signature Your Signature

Signez votre nom Sign your name | Date Date

Votre Prénom en Majuscules
Print Your First Name

Votre Nom en Majuscules
Print your Last Name

Adresse Postale Street Address | Ville City | État State | Code Postal Zip

Date de naissance (mois/jour/année) Date de naissance (mois/jour/année)

2. Signatures des Témoins Witnesses' Signatures

En signant, je promets que _____ a signé ce formulaire en ma présence.
(nom du patient)
Ils semblaient sain d'esprit et soumis à aucune contrainte.

By signing, I promise that _____ signed this form while I watched.
(patient name)
They appeared to be thinking clearly and were not forced to sign it.

Témoin 1 Witness #1

Signez votre nom Sign your name | Date Date

Votre Prénom en Majuscules
Print Your First Name

Votre Nom en Majuscules
Print your Last Name

Adresse Postale Street Address | Ville City | État State | Code Postal Zip

Témoin 2 Witness #2

Signez votre nom Sign your name | DateDate

Votre Prénom en Majuscules
Print Your First Name

Votre Nom en Majuscules
Print your Last Name

Adresse Postale Street Address | Ville City | État State | Code Postal Zip

Partie D : Consentement du Représentant

Votre Représentant doit lire et signer ce formulaire.

En tant que Représentant:

- Vous devriez toujours agir avec les meilleurs intérêts du patient et non pas vos propres intérêts.
- Vous commencerez seulement à prendre des décisions pour le patient après que 2 médecins aient convenu que le patient est trop malade pour prendre ses propres décisions.
- Vous ne pourrez pas prendre des décisions que le patient ne serait pas en mesure de prendre normalement.
- Vous n'avez pas le pouvoir d'arrêter le traitement d'une patiente enceinte si cela résultait en la mort de la patiente.
- Vous pouvez prendre la décision d'arrêter ou de ne pas commencer des traitements et de permettre au patient de mourir naturellement s'il a bien fait comprendre que vous pouvez prendre cette décision.
- Vous ne pouvez pas être rémunéré(e) pour votre rôle de représentant, mais vous pouvez vous faire rembourser l'argent que vous dépensez pour les frais médicaux du patient.
- Vous devriez aider à protéger les droits du patient tels qu'ils sont définis par la loi.
- Vous ne pouvez pas prendre des décisions qui sont contre les souhaits du patient en ce qui concerne le don d'organes.
- Le patient peut vous démettre de vos fonctions de Représentant à tout moment.
- Vous pouvez arrêter vos fonctions de Représentant à tout moment.

En apposant ma signature, je comprends ce que dit ce document et que je serai le Représentant de _____ (nom du patient).

By signing, I am saying that I understand what this document says and that I will be the Patient Advocate for _____ (name of patient).

Signature du Représentant Patient Advocate's Signature Date Date

Signature du deuxième Représentant 2nd Patient Advocate's Signature Date Date

Liste de Vérification des Directives Anticipées

Utilisez cette liste de vérification comme un guide utile pour vous assurer que vous avez :

- ☐ Choisi une personne de confiance pour être votre Représentant.
- ☐ Identifié 2 personnes qui ne sont pas votre Représentant, des membres de votre famille ou un membre de votre équipe de soins de santé, qui peuvent servir de témoins.
- ☐ Signé le formulaire devant les témoins.
- ☐ Fait signer le formulaire à vos témoins.
- ☐ Fait signer le formulaire à votre Représentant.

Que dois-je faire ensuite ?

- ☐ Faites des copies de votre formulaire.
- ☐ Donnez une copie à votre fournisseur de soins de santé.
- ☐ Demandez à votre fournisseur de soins de santé d'ajouter le formulaire à votre Dossier Médical.
- ☐ Donnez une copie à votre Représentant.
- ☐ Donner des copies à votre famille et à vos amis.
- ☐ Gardez votre copie dans un endroit sécurisé et facile à trouver.
- ☐ Relisez le formulaire une fois par an ou si besoin.

  Review the form once a year or as needed.

  Si vous **n'**êtes **pas** d'accords avec les informations sur votre formulaire, remplissez un nouveau formulaire. Si vous **êtes** d'accord, vous pourrez confirmer les informations contenues dans le formulaire dans les blancs ci-dessous :

○ Date ___ Paraphe___ ○ Date ___ Paraphe___
Date Initial Date Initial

○ Date ___ Paraphe___ ○ Date ___ Paraphe___
Date Initial Date Initial

☐ Si vous voulez, remplissez la fiche ci-dessous et gardez-la dans votre portefeuille :

Votre nom en majuscules Signature Date

☐ J'ai une Procuration Durable pour les Soins de Santé

J'ai discuté de mes soins avec mon Représentant, avec ma famille et avec mon médecin. Si je suis incapable de m'exprimer, veuillez contacter :

Nom du Représentant Numéro de Téléphone

Print your name Signature Date

☐ I have a Durable Power of Attorney for Health Care

I have discussed my care with my patient advocate, family, and doctor. If I am unable to speak for myself, please contact:

Advocate Name Telephone Number

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* est mis à disposition sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0.

Adapté de :

- California Advance Health Care Directive, (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0.
- Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System. (Travail dérivé de ce qui précède). Disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike.

(c) 2017 Regents of the University of Michigan. *Advance Directives: Have a say about how you want to be treated if you get very sick* is made available under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License.

Adapted from:

- California Advance Health Care Directive, (c) 2015 Rebecca Sudore, MD. Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 License.
- Advance Directives and Durable Power of Attorney for Health Care by Henry Ford Health System. (Derivative work of the above). Available under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License.

MICHIGAN MEDICINE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Discrimination is Against the Law!

Michigan Medicine complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Michigan Medicine provides free aids and services to people with disabilities to help communicate effectively while receiving care, such as:

- Qualified sign language interpreters; and
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and other formats).

Michigan Medicine provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified language interpreters; and
- Information written in other languages.

If you need these services while at Michigan Medicine, contact Interpreter Services at 734-936-7021.

If you believe that Michigan Medicine has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Patient Civil Rights Coordinator
Michigan Medicine
2901 Hubbard
Ann Arbor, Michigan 48109-2435
Phone - (734) 936-6439
Fax - (734) 347-0696
Email - MichMed_patients_rights@med.umich.edu

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. This can be done electronically, through then Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7607 (TDD)

Complaint forms are available at:

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call our Interpreter Services office at **734-936-7021** and identify your language. If you would like information regarding your rights and responsibilities as a patient, please ask your Michigan Medicine care provider.

Si usted habla **español** tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **877-810-4719** y pida que le conecten con la oficina de los Servicios de Interpretación al 734-936-7021. Si desea usted obtener información con respecto a sus derechos y responsabilidades como paciente consulte, por favor, con su proveedor de atención médica de *Michigan Medicine*.

إذا كنت تتحدث **اللغة العربية،** فخدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لك. أتصل على **855-800-9252** واطلب التواصل مع مكتب خدمات الترجمة الشفوية على الرقم 734-936-7021. إذا كنت ترغب في معلومات متعلقة بحقوقك ومسؤولياتك كمريض، يرجي أن تطلب من مقدمي رعايتك في "طب ميتشيجان."

如果您说**中文**，您可以获得语言协助的免费服务。请打 877-810-4720，请求连接到翻译服务办公室（734-936-7021）。如果您想获得关于病人权利和责任的资料，请向您的密西根医学部的提供者咨询。

Nếu bạn nói tiếng **Việt**, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi đến số **844-590-8944**, và yêu cầu được kết nối với văn phòng Dịch Vụ Thông Dịch theo số 734-936-7021. Nếu bạn muốn thông tin về quyền và trách nhiệm của mình với tư cách là bệnh nhân, vui lòng hỏi bác sĩ chăm sóc Michigan Medicine của bạn.

Nëse ju flisni **shqip**, atëherë ju ofrohen shërbime gjuhësore, pa pagesë. Thirrni numrin **844-562-3982** dhe kërkoni që t'ju lidhin me zyrën e përkthyesve në numrin 734-936-7021 dhe tregoni se cilën gjuhë e flisni. Nëse dëshironi informacion në lidhje me të drejtat dhe përgjegjësitë tuaja si pacient, ju lutemi kontaktoni dhe pyesni ofruesin e kujdesit shëndetësorë të Michigan Medicine.

한국어를 하시는 분들께 통역 서비스가 무료로 제공됩니다. **855-938-0571** 로 전화하셔서, 통역 서비스 사무실 전화 번호인 734-936-7021 로 연결해주도록 요청하십시오. 환자로서의 권리와 책임에 관한 정보를 원하시면, 미시간 메디신 (Michigan Medicine) 의 의료진에게 문의하십시오.

আপনি **বাংলায়** কথা বললে, বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা পাবেন। **734-936-7021** নম্বরে আমাদের দোভাষী পরিষেবার অফিসে ফোন করে আপনার ভাষার (Bengali) নাম বলুন। অংশগ্রহণকারী হিসাবে আপনার অধিকার ও কর্তব্যের সম্পর্কে জানতে চাইলে আমাদের মিশিগান মেডিসিন কেয়ার প্রোভাইডারের সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

Jeśli mówisz **po polsku**, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod nr **844-562-3986** i poproś o połączenie z biurem usług tłumaczeniowych pod nr 734-936-7021. W przypadku chęci uzyskania informacji dotyczących praw i obowiązków pacjenta zwróć się do dostawcy usług medycznych Michigan Medicine.

Wenn Sie **Deutsch** sprechen, stehen für Sie kostenlos Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Rufen Sie **844-562-3984** an und lassen Sie sich mit dem Dolmetscherdienst unter der Rufnummer 734-936-7021 verbinden. Informationen über Ihre Rechte und Pflichten als Patient erhalten Sie über Ihren Gesundheitsdienstleister bei Michigan Medicine.

Si parla **italiano**, avrà gratuitamente a disposizione servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **844-562-3985** e chieda di essere messo in contatto con l'ufficio per i servizi di interpretariato (Interpreter Services) al numero 734-936-7021. Se desidera informazioni sui suoi diritti e responsabilità come paziente, consulti il suo referente sanitario Michigan Medicine.

日本語をお話になる方は、無料で言語支援サービスをご利用になれます。855-322-5032 に電話をかけ、通訳サービス課 734-936-7021 につなぐようお伝えください。患者としての権利と責任に関する情報をお望みの場合は、ミシガン・メディスンの医療提供者にお問い合わせください。

Если Вы говорите **по-русски**, услуги переводчиков будут предоставлены Вам бесплатно. Звоните по телефону **855-938-0572** и попросите, чтобы Вас соединили со службой переводчиков по телефону 734-936-7021. Если Вы хотите получить информацию о правах и обязанностях пациента, попросите об этом Вашего врача из системы Мичиганской Медицины.

Ako govorite **hrvatski/srpski**, dostupna Vam je besplatna podrška na Vašem jeziku. Kontaktirajte našu prevoditeljsku službu na broj **734-936-7021** i recite kojim jezikom govorite (Serbo-Croatian). Ako se želite informirati o svojim pravima i obvezama kao pacijenta, molimo Vas da se obratite pružatelju skrbi u sklopu Sveučilišta Michigan.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may mga magagamit kang libreng serbisyo sa tulong sa wika. Magtanong sa tanggapan ng aming Mga Serbisyo ng Interpreter sa **734-936-7021** at tukuyin ang iyong wika (Tagalog). Kung gusto mong makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente, mangyaring tumawag sa iyong provider ng pangangalaga sa Michigan Medicine.

Si vous parlez **français**, les services d'aide pour les langues sont à votre disposition et sont gratuits. Appelez le **855-800-9253** et demandez à être mis en relation avec le bureau du Service des interprètes au 734-936-7021. Si vous souhaitez des informations concernant vos droits et responsabilités en tant que patient, veuillez les demander à votre professionnel de santé de Michigan Medicine.

اگر شما به زبانی غیر از انگلیسی صحبت میکنید. سرویس ترجمه ی رایگان با شماره **844-562-3983** در دسترس شما میباشد. بعد از اینکه با این شماره تماس گرفتید. بلافاصله با شماره دفتر ترجمه ی ما با 734-936-7021 تماس بگیرید و زبانی که صحبت میکنید را با ما در میان بگذارید. اگر میخواهید اطلاعات مربوط به حقوق و تکالیف خود را به عنوان یک بیمار دریافت کنید. لطفاً از کسی که شما را معالجه میکند در Michigan Medicine آنها رقت اضا کنید.

अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध होंगी। **734-936-7021** पर हमारे व्याख्याकार सेवा अधिकारी को कॉल करें और अपनी भाषा (Hindi) की पहचान करें। अगर मरीज़ के रूप में आपको अपने अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में जानकारी चाहिए, तो कृपया अपने मिशिगन चिकित्सा देखभाल प्रदाता से पूछें।