

Prendre mes propres décisions de soins de santé

Document destiné aux personnes présentant un handicap

INSTRUCTIONS

L'objectif de cette lettre est d'aider davantage de personnes handicapées à prendre leurs propres décisions concernant leur santé.

Cette lettre peut :

- » Expliquer à vos médecins la manière dont vous prenez des décisions.
- » Expliquer votre façon d'agir lorsque vous êtes en colère, inquiet(-ète) ou désorienté(e).
- » Expliquer ce que le médecin peut faire si vous êtes en colère, inquiet(-ète) ou désorienté(e).
- » Servir à indiquer au médecin lorsque vous avez besoin d'aide ou non pour prendre des décisions.
- » Expliquer que vous souhaitez que quelqu'un d'autre prenne des décisions pour vous uniquement si vous ne pouvez pas les prendre vous-même, avec de l'aide.

Pour utiliser cette lettre :

1. Lisez la lettre et décidez si vous avez besoin d'aide pour la comprendre ou la remplir.
2. Barrez d'un trait les parties de la lettre que vous ne voulez pas.
3. Remplissez toutes les parties de la lettre que vous n'avez pas barrées d'un trait.
4. Signez la lettre.
5. Partagez la lettre avec vos soutiens.
6. Demandez à vos soutiens/aide soignant/parent de signer la lettre.
7. Remettez un exemplaire de la lettre à chacun de vos médecins.
8. Demandez aux médecins s'ils ont des questions concernant la lettre.



Si vous avez besoin d'aide, appelez votre branche locale de l'Arc ou le programme de protection et de défense de l'État.

Cette lettre peut servir d'accord de prise de décision assistée.

Toute personne peut signer un accord de prise de décision assistée.

Un accord de prise de décision assistée est un formulaire qui décrit dans quelles circonstances vous souhaitez vous faire aider pour prendre vos propres décisions. Il indique également de quelles personnes vous souhaitez obtenir de l'aide.

Certains États disposent de leur propre accord de prise de décision assistée que vous pourriez souhaiter utiliser à la place.

Cette lettre ne peut pas servir de procuration de soins de santé.

Une procuration est un document qui permet à quelqu'un d'autre de prendre des décisions pour vous lorsque vous ne pouvez pas les prendre pour vous-même.

Le choix de qui cette personne sera est à vous. Vous pouvez choisir une personne en qui vous avez confiance.

Vous pouvez également changer d'avis. Vous pouvez choisir quelqu'un d'autre ou vous pouvez décider de ne pas avoir de procuration du tout.

Chaque État dispose de ses propres formulaires de procuration. Vous êtes obligés utiliser le formulaire de votre État.

Certains États utilisent des termes différents pour faire référence à une procuration de soins de santé, mais la signification reste la même. La procuration de soins de santé de votre État pourrait être appelée :

- » procuration médicale ;
- » procuration de soins ;
- » désignation d'un représentant pour les soins de santé ;
- » désignation d'un substitut pour les soins de santé ;
- » directive avancée de soins de santé ;
- » désignation d'un mandataire pour les soins de santé.

Une procuration est différente d'une tutelle car vous choisissez de signer une procuration et choisissez la personne qui pourrait prendre des décisions pour vous.

Dans le cas d'une tutelle, un tribunal décide que vous ne pouvez pas prendre vos propres décisions. Le tribunal choisira votre tuteur.

La procuration et la tutelle peuvent être difficiles à comprendre.



Si vous avez des questions sur la procuration ou la tutelle, appelez votre section locale de l'Arc ou le programme de protection et de défense de l'État.

Vous pouvez toujours utiliser cette lettre, même si vous avez une procuration. Vous pouvez joindre cette lettre au formulaire de procuration spécifique à votre État.

Elle peut aider vos médecins à décider dans quelles circonstances vous pouvez prendre votre propre décision et dans quelles circonstances quelqu'un d'autre doit prendre la décision.



Prendre mes propres décisions de soins de santé

Lettre destinée à mes médecins

Date du jour : _____

Chers médecins et autres prestataires de soins de santé,

Cette lettre explique comment m'aider à prendre mes propres décisions en matière de santé.

Elle indique également les personnes de qui je souhaite recevoir l'aide lorsque j'ai des décisions à prendre. Ces personnes sont appelées mes soutiens.

J'ai parfois besoin d'aide pour prendre des décisions, mais cela ne veut pas dire que je ne peux pas prendre mes propres décisions.

1. Parfois, mon soutien m'accompagnera à mon rendez-vous. Veuillez vous adresser à moi, et non pas à mon soutien.
2. Parfois, mon prestataire me conduira à mon rendez-vous. Mon prestataire est une personne travaillant pour un organisme me fournissant des services pour mon handicap. Veuillez vous adresser à moi, pas à mon prestataire. Il ne prend pas de décisions pour moi.
3. Expliquez les choses de sorte que je puisse comprendre.
4. Demandez-moi si j'ai des questions.
5. Assurez-vous que je comprends ce que vous dites.
6. Donnez-moi les informations importantes par écrit. Assurez-vous qu'elles soient rédigées de manière à ce que je puisse les comprendre.
7. Si vous souhaitez vous entretenir avec mon soutien, demandez-le-moi.
8. Laissez-moi du temps pour réfléchir à ce que vous dites.
9. Laissez-moi du temps pour parler à mon soutien, si je le souhaite.
10. Mon soutien pourrait poser des questions pour m'aider à comprendre ma décision.
11. Mon soutien pourrait m'aider à vous communiquer ma décision.
12. Veuillez respecter ma décision.

Lorsque je suis en colère, inquiet(-ète) ou désorienté(e), il est possible que j'aie besoin de plus de temps pour prendre des décisions.

Décrivez ici comment le médecin saura que vous êtes en colère, inquiet(-ète) ou désorienté(e).

Si je semble en colère, inquiet(-ète) ou désorienté(e), vous pouvez :

- » Me parler calmement jusqu'à ce que je sois prêt(e) à prendre une décision.
- » Me demander si je souhaite parler à mon soutien.
- » Me demander si je souhaite prendre rendez-vous un autre jour.
- » Autre [décrivez ici] :

JE SOUHAITE QUE LES PERSONNES SUIVANTES SOIENT MES SOUTIENS.

J'ajouterai des pages si j'ai plus de deux soutiens.

Je barrerai d'un trait toute section que je ne veux pas.

Soutien n° 1

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Ce soutien peut m'aider à prendre rendez-vous chez le médecin. Oui Non

Ce soutien peut parler aux médecins, y compris en mon absence. Oui Non
Si oui, veuillez me fournir le formulaire que je dois signer.

Ce soutien peut consulter mes dossiers médicaux. Oui Non
Si oui, veuillez me fournir le formulaire que je dois signer.

Ce soutien peut m'aider concernant les questions d'assurance. Oui Non

Ce soutien **NE PEUT PAS** faire les choses suivantes.

Soutien n° 2

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Ce soutien peut m'aider à prendre rendez-vous chez le médecin. Oui Non

Ce soutien peut parler aux médecins, y compris en mon absence. Oui Non
Si oui, veuillez me fournir le formulaire que je dois signer.

Ce soutien peut consulter mes dossiers médicaux. Oui Non
Si oui, veuillez me fournir le formulaire que je dois signer.

Ce soutien peut m'aider concernant les questions d'assurance. Oui Non

Ce soutien **NE PEUT PAS** faire les choses suivantes.

J'ai une procuration de soins de santé :

Oui (veuillez m'en demander un exemplaire)

Non

Je souhaite que quelqu'un d'autre prenne pour moi des décisions relatives à mes soins de santé uniquement si je ne peux pas les prendre moi-même, même avec de l'aide.

Quelqu'un d'autre peut prendre pour moi des décisions relatives à mes soins de santé aussi longtemps que je ne peux pas les prendre moi-même uniquement.

Les médecins doivent respecter la loi de mon État pour décider dans quelles circonstances je ne peux pas prendre mes propres décisions.

Les médecins qui me comprennent et comprennent mon handicap devraient participer à la prise de décision lorsque je ne peux pas prendre mes propres décisions, même avec de l'aide.

En cas d'urgence, veuillez contacter :

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

Veuillez cocher une case :

J'ai lu et compris cette lettre.

Quelqu'un m'a lu cette lettre. Je comprends le contenu de la lettre.

Ma signature : _____

Mon nom : _____

Mon adresse : _____

Mon numéro de téléphone : _____

Mon adresse électronique : _____

Ma date de naissance : _____

Soutien n° 1 : Je consens à aider cette personne à prendre des décisions de soins de santé de la manière dont elle le demande.

Signature du soutien n° 1

Date du jour

Soutien n° 2 : Je consens à aider cette personne à prendre des décisions de soins de santé de la manière dont elle le demande.

Signature du soutien n° 2

Date du jour