



**DÉCLARATION RELATIVE AU MAINTIEN DE LA VIE
PROCÉDURES (Testament biologique)
ET
PROCURATION DURABLE EN MATIÈRE DE SANTÉ
DÉCISIONS RELATIVES AUX SOINS (Procuration médicale)**

I. DÉCLARATION RELATIVE AUX PROCÉDURES DE MAINTIEN DE LA VIE

Si je souffre d'une maladie incurable ou irréversible qui entraînera soit la mort dans un laps de temps relativement court, soit un état d'inconscience permanente dont, avec un degré raisonnable de certitude médicale, il ne peut être possible de guérir, je désire que ma vie ne soit pas prolongée par l'administration de procédures de maintien de la vie. Si je ne suis pas en mesure de participer à mes décisions en matière de soins de santé, j'ordonne à mon médecin traitant de suspendre ou d'interrompre les interventions de maintien de la vie qui ne font que prolonger le processus de la mort et qui ne sont pas nécessaires à mon confort ou à mon absence de douleur.

Cette déclaration est soumise à toutes les instructions spécifiques ou déclarations de souhaits que j'ai ajoutées dans les « Dispositions supplémentaires » ci-dessous.

II. PROCURATION POUR LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Je _____ né _____ désigner

(Dactylographier ou imprimer) Nom de l'agent, adresse, ville, état, code postal et numéro de téléphone en tant que mon mandataire en fait (mon agent) et donner à mon mandataire le pouvoir de prendre des décisions en matière de soins de santé pour moi. Ce pouvoir n'existe que lorsque je suis incapable, de l'avis de mon médecin traitant, de prendre ces décisions en matière de soins de santé. En fait, l'avocat doit agir conformément à mes désirs, tels qu'ils sont énoncés dans ce document ou autrement communiqués.

Sauf indication contraire dans le présent document, ce document donne à mon agent le pouvoir, lorsque les lois de l'État de l'Iowa le permettent, lorsque cela est par ailleurs compatible avec les lois de l'État de l'Iowa, de consentir à ce que mon médecin ne me donne pas de soins de santé ou interrompe les soins de santé qui sont nécessaires pour me maintenir en vie.

Ce document donne à mon mandataire le pouvoir de prendre des décisions en matière de soins de santé en mon nom, y compris de consentir, de refuser de consentir ou de retirer son consentement à des soins, à des traitements, à des services ou à des procédures visant à maintenir, diagnostiquer ou traiter un problème physique ou mental. Ce pouvoir est soumis à toute déclaration de mes désirs et à toutes les limitations incluses dans ce document.

Par la présente, je révoque toutes les procurations durables antérieures relatives aux décisions relatives aux soins de santé.

FACULTATIF : Si la personne désignée comme mandataire ci-dessus n'est pas en mesure de signifier, je désigne la personne suivante pour signifier à la place :

(Dactylographier ou imprimer) Nom de l'autre remplaçant, adresse, ville, État, code postal et numéro de téléphone
FACULTATIF : DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES - Insérez des instructions spécifiques ou un énoncé de volonté (le cas échéant) :

OUI / NON Dans l'éventualité où les professionnels de la santé détermineraient que je pourrais être un donneur d'organes, j'accepte l'utilisation de procédures de maintien de la vie, y compris un ventilateur, dans le seul but et pendant la période nécessaires pour compléter le don d'organes. Rien dans ce paragraphe ne doit être interprété comme étendant ou enlevant les lois relatives aux dons

anatomiques telles que décrites dans le Code de l'Iowa, chapitre 142C. L'objectif de ce paragraphe est de rendre possible le don d'organes sur le plan pratique et médical.

Signé le _____.

Votre signature (déclarant/mandant)

Adresse, rue, ville, état et code postal

Tapez ou imprimez votre nom

NOTE IMPORTANTE : CE DOCUMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ OU ACCUSÉ DE RÉCEPTION DEVANT UN NOTAIRE OU DEUX TÉMOINS. VOIR LE VERSO POUR LES FORMULAIRES DE NOTAIRE OU DE TÉMOIN. SI VOUS SOUHAITEZ SIGNER UNE DÉCLARATION DE TESTAMENT BIOLOGIQUE OU UNE PROCURATION MÉDICALE, MAIS PAS LES DEUX, DES FORMULAIRES DISTINCTS SONT DISPONIBLES AUPRÈS DE L'ASSOCIATION DU BARREAU DE L'ÉTAT DE L'IOWA. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS CONCERNANT CE FORMULAIRE OU SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR LE REMPLIR, VOUS DEVRIEZ CONSULTER UN AVOCAT.

FORMULAIRE NOTARIÉ

L'ÉTAT DE _____, COMTÉ DE _____ β:
J'ai reconnu ce dossier devant moi le _____ par _____

Signature du notaire

FORMULAIRE DE TÉMOIN

Nous, soussignés, déclarons par la présente que nous avons signé le présent document en présence l'un de l'autre et du déclarant/mandant et que nous avons été témoins de la signature du document par le déclarant/mandant ou par une autre personne agissant au nom du déclarant/mandant à la demande du déclarant/mandant ; qu'aucun de nous n'est désigné comme mandataire de fait par ce document ; qu'aucun d'entre nous n'est un fournisseur de soins de santé qui traite actuellement le déclarant ou le mandant, ni un employé d'un tel fournisseur de soins de santé. Nous déclarons en outre que nous sommes tous les deux âgés d'au moins 18 ans et qu'au moins l'un d'entre nous n'a aucun lien de parenté avec le déclarant ou le mandant par le sang, le mariage ou l'adoption.

Signature du premier témoin

Signature du deuxième témoin

Dactylographier ou imprimer le nom du témoin
témoin

Dactylographier ou imprimer le nom du

Adresse, ville, état et code postal

Adresse, ville, état et code postal

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT CE DOCUMENT

1. « Soins de santé » désigne tout soin, traitement, service ou procédure visant à maintenir, diagnostiquer ou traiter l'état physique ou mental d'une personne. « Procédure de maintien de la vie » désigne toute procédure, tout traitement ou toute intervention médicale qui utilise des moyens mécaniques ou artificiels pour maintenir, restaurer ou compléter une fonction vitale spontanée et qui, lorsqu'elle est appliquée à une personne en phase terminale, ne servirait qu'à prolonger le processus de la mort. L'expression « procédure de maintien de la vie » ne comprend pas l'administration de médicaments ou l'exécution d'une intervention médicale jugée nécessaire pour fournir des soins de confort ou pour soulager la douleur.
2. Les termes « soins de santé » et « procédure de maintien de la vie » comprennent la nutrition et l'hydratation (nourriture et eau) uniquement lorsqu'elles sont administrées par voie parentérale ou par intubation (par voie intraveineuse ou par sonde d'alimentation). Ainsi, le présent document autorise la privation de nutrition ou d'hydratation qui est fournie par voie intraveineuse ou par sonde d'alimentation. Si ce n'est pas ce que vous voulez, vous devez indiquer vos instructions spécifiques dans l'espace prévu à cet effet à la page 1.
3. Les personnes suivantes ne doivent pas être désignées comme procureurs de fait pour les soins de santé Décisions prises en vertu d'une procuration durable en matière de soins de santé :
 - a. Un fournisseur de soins de santé qui assiste le directeur à la date de l'exécution.
 - b. Un employé d'un tel fournisseur de soins de santé, à moins que la personne à désigner ne soit liée au mandant par le sang, le mariage ou l'adoption jusqu'au troisième degré de consanguinité.
4. La procuration relative aux décisions en matière de soins de santé ou la déclaration relative à l'utilisation de procédures de maintien de la vie peut être révoquée à tout moment et de toute manière permettant au mandant ou au déclarant de communiquer son intention de révoquer, sans égard à l'état mental ou physique. Une révocation n'est effective à l'égard du fournisseur de soins de santé traitant que lorsqu'elle lui est communiquée par le mandant ou le déclarant ou par une autre personne à qui le mandant ou le déclarant a communiqué la révocation.
5. Il incombe au mandant/déclarant de fournir au fournisseur de soins de santé traitant une copie de ce document.
6. Une déclaration relative à l'utilisation de procédures de maintien de la vie ne prendra effet que lorsque l'état du déclarant est jugé en phase terminale ou qu'il est dans un état d'inconscience permanente et qu'il n'est pas en mesure de prendre des décisions relatives au traitement.

SUGGESTIONS APRÈS QUE LE FORMULAIRE A ÉTÉ DÛMENT SIGNÉ, ATTESTÉ OU NOTARIÉ

1. Placez l'original dans un endroit sûr, connu et accessible aux membres de la famille ou aux amis proches.
2. Fournissez-en une copie à votre médecin.
3. Fournir une copie aux membres de la famille.
4. Fournir une copie au mandataire désigné (mandataire) et aux autres mandataires désignés (le cas échéant).

**AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
PROTÉGÉS À
AVOCAT EN CHEF DES SOINS DE SANTÉ NOMMÉ**

Conformément aux modalités d'une procuration durable, de décisions en matière de soins de santé (ou d'un testament biologique et d'une procuration médicale combinés) (LPHC) datée du _____, dans lequel le soussigné est le constituant, le pouvoir prend effet en cas d'invalidité ou d'incapacité de ma part.

AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS :

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, dentiste, régime d'assurance-maladie, hôpital, clinique, laboratoire, pharmacie ou autre fournisseur de soins de santé couvert, toute compagnie d'assurance et le Medical Information Bureau, Inc., ou tout autre centre d'échange de soins de santé qui m'a fourni un traitement ou des services ou qui a payé ou me demande un paiement pour ces services, de donner, de divulguer et de communiquer à la ou aux personnes désignées dans le présent document pour agir en tant que mon mandataire mes renseignements médicaux et mes dossiers médicaux permettant de vous identifier individuellement concernant tout problème médical ou de santé mentale

(y compris tous les renseignements de santé spécialement protégés relatifs à chacune des affections suivantes dont j'ai expressément autorisé la divulgation en cochant la case d'un « X » ou d'une coche :

- les maladies sexuellement transmissibles, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- santé comportementale et mentale ;
- l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances ; et
- informations génétiques) ;

Signature du mandant

Date

passé, présent ou futur ma capacité à prendre des décisions en matière de soins de santé. L'objet de la présente demande est de m'aider à déterminer si la personne désignée pour agir à titre de mandataire devrait agir à titre de mandataire. Cette autorisation expire à mon décès ou lorsque je la révoque par une révocation écrite signée par moi et remise à l'entité à laquelle les renseignements sont demandés avant le moment où les renseignements sont demandés.

Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en remettant une déclaration écrite de révocation à toute entité que j'ai autorisée à donner, à divulguer et à divulguer des renseignements. La révocation n'est effective qu'à l'égard des entités auxquelles la déclaration écrite de révocation est remise et seulement après le moment de la remise. Je comprends également que j'ai le droit d'inspecter les informations divulguées à tout moment. Mon traitement, mon paiement, mon inscription ou mon admissibilité à des prestations auprès d'une entité que j'ai autorisée à divulguer des renseignements ne sont pas conditionnels à la signature de cette autorisation. Je sais qu'une fois que les renseignements que j'ai autorisés à divulguer sont divulgués, ils peuvent être divulgués à nouveau par le destinataire et ne sont plus protégés par la Loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie et les règlements promulgués en vertu de celle-ci, tels que modifiés de temps à autre.

LE POUVOIR D'AGIR À TITRE DE REPRÉSENTANT PERSONNEL

En plus des autres pouvoirs accordés par la HCPOA, j'accorde à mon agent le pouvoir et l'autorité de servir de représentant personnel aux fins de la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie, telle que modifiée de temps à autre, et de ses règlements (HIPAA) pendant toute la période où mon agent (ci-après dénommé dans les clauses ultérieures du présent paragraphe comme mon « représentant personnel HIPAA ») exerce son autorité en vertu du présent document.

Conformément à la loi HIPAA, j'autorise spécifiquement mon représentant personnel HIPAA à demander, recevoir et examiner toute information concernant ma santé physique ou mentale, y compris, mais sans s'y limiter, toutes les informations de santé, les dossiers médicaux et hospitaliers protégés par la HIPAA ; d'exécuter en mon nom toutes autorisations, décharges ou autres documents qui pourraient être nécessaires afin d'obtenir ces renseignements et de consentir à la divulgation de ces renseignements. J'autorise en outre mon représentant personnel HIPAA à signer en mon nom tous les documents nécessaires ou souhaitables pour mettre en œuvre les décisions en matière de soins de santé que mon représentant personnel HIPAA est autorisé à prendre en vertu de la HCPOA.

Fait le _____.

Concédant