



**PROCURATION DURABLE POUR  
DÉCISIONS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ  
(Procuration médicale)**

Je \_\_\_\_\_ né \_\_\_\_\_ désigner

(Tapez 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 pour les décisions en matière de 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 :

(Tapez ou imprimer) Nom de l'agent, adresse, ville, état, code postal et numéro de téléphone.

**FACULTATIF** : DISPOSITIONS SUPPLÉMENTAIRES - Insérez ici des instructions spécifiques ou une déclaration de volonté (le cas échéant) :

OUI \_\_\_NON \_\_\_ Dans le cas où les professionnels de la santé déterminent que je peux être un organe donneur, 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Tapez ou imprimez votre nom

\_\_\_\_\_  
Votre signature (déclarant/mandant)

Adresse, rue, ville-état et code postal

Cette procuration doit être attestée par deux personnes ou notariée.

© L'Association du Barreau de l'État de l'Iowa 2022  
de soins de santé

Formulaire no 121, Procuration permanente, Décisions en matière

Formulaire de procuration permanente pour les décisions en matière de soins de santé \_\_

L'ÉTAT DE \_\_\_\_\_, COMTÉ DE \_\_\_\_\_

J'ai reconnu ce dossier devant moi le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du notaire

En signant le présent formulaire, je déclare que je l'ai signé en présence de l'autre témoin et du mandant et que j'ai été témoin de la signature par le mandant ou une autre personne agissant au nom et sous la direction du mandant.

### FORMULAIRE DE TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
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, code postal

\_\_\_\_\_  
Adresse, ville, état, code postal

**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 passé, présent ou futur

(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

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.

Daté \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Déclarant

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LA PROCURATION DURABLE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Une procuration durable en matière de soins de santé est soumise aux dispositions du chapitre 144B du Code de l'Iowa et il convient de se référer à ce chapitre. Ce qui suit est un résumé de certaines des dispositions du chapitre 144B du Code de l'Iowa.

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. Les « soins de santé » ne comprennent pas la fourniture de nutriments ou d'hydratation, sauf lorsqu'ils doivent être fournis par voie parentérale ou par intubation.
2. Les personnes suivantes ne doivent pas être témoins 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 fournisseur de soins de santé qui assiste le directeur d'école à la date de l'exécution.
  - c) La personne désignée dans la procuration permanente relative aux soins de santé comme étant le mandataire de fait.
  - d) Une personne âgée de moins de dix-huit ans.
3. L'un des témoins doit être une personne qui n'est pas parente du mandant par le sang, le mariage ou l'adoption jusqu'au troisième degré de consanguinité.
4. Les personnes suivantes ne doivent pas être désignées comme mandataires de fait pour prendre des décisions en matière de soins de santé en vertu d'une procuration durable relative aux 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 fournisseur de soins de santé qui assiste le mandant à la date de l'exécution, 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.
5. Révocation.
  - a) Une procuration durable relative aux soins de santé peut être révoquée à tout moment et de

toute autre manière que le mandant est en mesure de communiquer son intention de révoquer, sans égard à l'état mental ou physique.

- b) La révocation peut être faite en avisant le mandataire de fait oralement ou par écrit.
  - c) La révocation peut également être faite en avisant un fournisseur de soins de santé verbalement ou par écrit tout en Ce fournisseur s'engage à fournir des soins de santé au mandant.
  - d) Une révocation n'est valable à l'égard d'un fournisseur de soins de santé qu'à compter de la communication qu'elle lui a faite par le mandant ou par une autre personne à qui le mandant a communiqué la révocation.
  - e) Le fournisseur de soins de santé est tenu de consigner la révocation dans les dossiers de traitement du mandant.
  - f) Le mandant est présumé avoir la capacité de révoquer une procuration durable en matière de soins de santé.
  - g) À moins qu'elle n'en dispose autrement, une procuration durable valide pour les soins de santé révoque toute procuration durable antérieure pour les soins de santé.
6. Pratiques interdites.
- a) Un fournisseur de soins de santé, un régime de services de soins de santé, un assureur, un régime d'avantages sociaux auto-assuré pour les employés ou un régime hospitalier à but non lucratif ne doit pas conditionner l'admission dans un établissement, ou la prestation d'un traitement, ou d'une assurance, à l'exigence qu'une personne signe une procuration durable pour les soins de santé.
  - b) Une police d'assurance-vie ne peut être légalement compromise ou invalidée de quelque manière que ce soit par le refus ou le retrait de soins de santé sous la direction d'un fondé de pouvoir nommé en vertu du présent chapitre.
7. Il incombe au mandant d'aviser le fournisseur de soins de santé (médecin) des modalités de la procuration permanente relative aux soins de santé.

### **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. Remettez-en une copie conforme à votre médecin.
3. Fournir une copie aux membres de la famille.
4. Fournir une copie au mandataire désigné (mandataire) et à un ou plusieurs autres mandataires désignés (le cas échéant).