

# Ma voix

Exprimer mes vœux en matière de soins de santé pour l'avenir

**Guide de planification préalable des soins**



Canada

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Entente Canada – Colombie-Britannique relative aux services en français  
2018-2019 à 2022-2023

Février 2020

L'utilisation de ce guide est volontaire. Il est conçu pour compléter les conversations que vous aurez avec votre famille proche ou vos professionnels de soins de santé sur les options de planification préalable des soins qui pourraient répondre à vos besoins. De plus, les formulaires fournis reflètent les lois en vigueur à la date de publication. Les lois peuvent changer au fil du temps. Ce guide ne se substitue pas aux conseils médicaux ou juridiques.

Données de catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Ma voix : Exprimer mes vœux en matière de soins de santé pour l'avenir

Comprend un index.  
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. Directives médicales anticipées (Soins médicaux)--  
Colombie-Britannique--  
Ouvrages de vulgarisation. I. Colombie-Britannique. Ministère de  
la Santé II. Titre.

R726.2 M9 2011      344.71104'197      C2011-909048-1

---

Numéros de référence pour impression du document par la régie  
de la santé :

FH: 349976	IH: 807025	NH: 1752
PHSA: PHSA240	VCH: 00089414	VIHA: 90444

# Remerciements

---

Le ministère de la Santé désire remercier Fraser Health d’avoir donné la permission d’adapter leur carnet de travail pour en faire ce nouveau guide provincial de planification préalable des soins. Nous remercions aussi les nombreux médecins et patients qui ont partagé leurs idées et nous ont consacré un peu de leur temps. Ce guide a été produit par le ministère de la Santé en partenariat avec :



# Table des matières

---

Introduction	2
Quelle est l'importance de la planification préalable des soins?	3
Élaborer votre plan de soins	5
Croyances, valeurs et vœux	5
Assistance vitale et traitements visant la prolongation de la vie	6
Options de planification préalable des soins	8
Mandataire spécial temporaire (MST)	9
Mandats de protection	11
Directive médicale anticipée	14
Un mandat de protection et une directive médicale anticipée	16
Procuration perpétuelle	19
Modifier ou annuler votre plan de soins	20
Définitions de termes	22
Mettre de l'ordre dans vos documents	25
<b>Mon plan de soins</b>	
Mon plan de soins – Résumé	27
Ma liste de mandataires spéciaux temporaires (MST)	28
Mes croyances, valeurs et vœux	30
Mon mandataire : les mandats standards (RA 7) et avancés (RA 9)	32
Mandat de protection (article 7)	34
Formulaire 1 : Certificat du mandataire ou du mandataire suppléant	40
Formulaire 2 : Certificat de moniteur	41
Formulaire 3 : Certificat de personne qui signe pour l'adulte	42
Formulaire 4 : Certificat de témoins	43
Mandat de protection (article 9)	44
Ma directive médicale anticipée	50
Ressources	52
Carte-portefeuille	52

# Introduction

---

Il est important d'avoir votre mot à dire concernant vos soins de santé. Vous pourriez à l'avenir, en raison d'une maladie ou d'une blessure, être incapable d'exprimer vos vœux en matière de soins à vos professionnels de soins de santé. En planifiant à l'avance, vous pouvez vous assurer que votre famille, vos amis et/ou vos professionnels de soins de santé connaissent vos vœux et qu'ils peuvent veiller au respect de ceux-ci.

De nouvelles lois en matière de planification de l'incapacité (ou planification personnelle) sont entrées en vigueur en C.-B. le 1<sup>er</sup> septembre 2011 et donnent aux adultes davantage de moyens d'exprimer leurs vœux quant aux décisions médicales pour l'avenir. Ces lois permettent aux adultes aptes d'élaborer des plans qui précisent les soins de santé qu'ils acceptent ou qu'ils refusent de recevoir en fonction de leurs croyances, valeurs et vœux. Si aucune décision n'est en place, les lois de la C.-B. en matière de consentement aux soins de santé donne aux professionnels de soins de santé réglementés des directives sur la manière de choisir les personnes autorisées à prendre des décisions au nom d'une personne.

Ce guide et les pages du carnet de travail dans la deuxième moitié de ce livret vous aideront à élaborer un plan de soins qui précise vos vœux quant aux décisions médicales dans l'éventualité où vous seriez inapte à les prendre vous-même. Ils vous aideront à penser à ce qui est important pour vous, à documenter vos croyances et vos vœux et à élaborer le plan de soins qui vous correspond le mieux.

Selon le plan de soins que vous choisirez, vous devrez peut-être remplir des formulaires juridiques pour assurer le respect de vos vœux. Ce guide comprend des formulaires que vous pouvez remplir sans l'aide d'un avocat ou d'un notaire public et qui seront valides en vertu de la loi s'ils sont bien remplis. Pour les situations complexes, vous devriez obtenir des conseils juridiques pour vous assurer que les formulaires et ce que vous y écrivez répondront à vos besoins.





## Quelle est l'importance de la planification préalable des soins?

---

Tant que vous êtes en mesure de communiquer avec votre médecin, votre infirmier praticien, votre infirmier autorisé et/ou d'autres professionnels de soins de santé, il vous sera demandé de prendre vos propres décisions médicales.

Par contre, personne ne sait ce que l'avenir lui réserve. Un accident ou une maladie grave peuvent vous rendre inapte à prendre vos propres décisions médicales au moment où des soins sont nécessaires. Un plan de soins prévoit cette possibilité. Il permet de guider la famille, les amis proches et les professionnels de soins de santé quant à vos soins de santé, en fonction de vos vœux.

Un plan de soins peut répondre aux questions suivantes :

- À qui voulez-vous confier la prise de vos décisions médicales?
- Quel(s) traitement(s) autorisez-vous ou refusez-vous si un professionnel de soins de santé le(s) recommande?
- Accepteriez-vous ou non l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie pour certains troubles médicaux?
- Quelles sont vos préférences en cas de besoin de soins en résidence si vous ne pouvez pas recevoir des soins chez vous?

Mary a 54 ans, est divorcée, aime le sport et a deux enfants adultes. Il y a deux mois, elle a été frappée par une automobile en roulant à vélo. Elle est encore inconsciente et a besoin d'un ventilateur pulmonaire pour respirer. Les médecins affirment que Mary a des dommages permanents au cerveau et qu'elle ne se rétablira pas de ses blessures. Même si elle se réveille, elle ne pourra plus jamais marcher, parler ou respirer d'elle-même. Ses filles demeurent à son chevet en tout temps. Maintenant, Mary se bat contre une infection à ses deux poumons et ressent un grand inconfort; selon les médecins, Mary pourrait mourir dans les prochaines semaines. Ils recommandent de débrancher le ventilateur pulmonaire de Mary pour lui permettre une mort naturelle plus paisible. Une de ses filles croit qu'il s'agit d'une bonne solution, mais son autre fille, enceinte de six mois, désire tout traitement possible avant la naissance du premier petit-enfant de Mary.



Si Mary avait transmis ses vœux en matière de soins de santé pour l'avenir à l'aide d'un plan de soins, cela aurait permis à ses filles et à ses professionnels de soins de santé d'en savoir plus sur ses croyances, ses valeurs et ses vœux en matière de soins de santé en ces temps difficiles. Cela aurait guidé les décisions relatives à ses soins, décisions que Mary aurait pu prendre elle-même si elle en était capable.

La planification préalable des soins implique une conversation avec votre famille proche, vos amis et votre ou vos professionnel(s) de soins de santé pour qu'ils puissent savoir ce que vous accepteriez ou refuseriez comme traitements médicaux si vous deveniez incapable d'exprimer vos propres décisions.

Écrire vos croyances, valeurs et vœux en matière de soins de santé pour l'avenir constitue un plan de soins. Votre plan de soins peut aussi comprendre des documents juridiques supplémentaires.

En Colombie-Britannique, il est attendu que les professionnels de soins de santé respectent les vœux en matière de soins de santé qu'a exprimé un adulte alors qu'il était apte. Que vous ayez exprimé vos vœux dans un plan de soins ou non, les professionnels de soins de santé vous feront des recommandations de traitements médicalement nécessaires.

Élaborer un plan de soins laisse savoir aux autres les décisions que vous prendriez vous-même et donnera à votre famille et à vos amis les connaissances et les outils dont ils auront besoin dans l'avenir. Un plan de soins est un choix. Ce choix aidera à réduire le stress que votre famille et vos amis pourraient ressentir si on leur demande de prendre des décisions médicales importantes pour vous.

# Élaborer votre plan de soins

---

## Croyances, valeurs et vœux

---

La planification préalable des soins débute par une réflexion au sujet de vos croyances, valeurs et vœux en matière de soins de santé pour l'avenir, puis une discussion avec votre famille ou vos amis, ainsi qu'avec votre ou vos professionnel(s) de soins de santé. Lorsque vos personnes de confiance savent ce qui est important pour vous en matière de soins de santé pour l'avenir, il devient plus facile pour eux de prendre des décisions en votre nom.

Les exemples suivants pourraient vous aider à décider ce qui est important pour vous.

Ces choses donnent un sens à ma vie :

- Passer du temps en famille ou avec mes amis
- Mon amour de mon animal de compagnie, de la musique, de l'art, du jardinage, du travail, de mes passe-temps, de l'air frais, du sport
- Pratiquer ma foi

Quand je pense aux circonstances possibles de mon décès, ces choses me rassurent :

- De savoir que toute douleur que je ressentirai sera traitée
- De croire que je recevrai de bons soins et que ma famille continuera d'être avec moi
- De croire qu'il existe quelque chose après la mort, même si je ne sais pas ce que c'est

Quand je pense à la mort, ces choses m'inquiètent :

- D'avoir de la difficulté à respirer
- D'avoir de la douleur mal contrôlée
- D'être possiblement solitaire

Quand je serai en fin de vie, je veux :

- Que ma famille soit près de moi
- Que quelqu'un me tienne la main
- Que mon chef religieux me rende visite
- Entendre les gens parler doucement des souvenirs heureux de ma vie
- Écouter la musique que j'aime
- Qu'une fenêtre reste ouverte peu importe le temps qu'il fera



## Assistance vitale et traitements visant la prolongation de la vie

---

Il est très important de réfléchir à vos vœux en matière d'assistance vitale et de traitements visant la prolongation de la vie et d'en parler, surtout si vous avez une maladie grave ou qui pourrait vous être fatale. Votre plan de soins peut aborder diverses situations, comme vos soins à l'hôpital lors d'une chirurgie de routine ou après, les soins en cas d'accident ou les décisions en matière de soins en fin de vie.

Les médecins et autres professionnels de soins de santé offriront toujours des soins médicalement nécessaires en fonction d'un examen clinique. Les professionnels de soins de santé voudront s'assurer que tout symptôme, comme la douleur, les étourdissements, la nausée, les saignements ou les infections sera compris et traité. Tant que vous pouvez communiquer, votre professionnel de soins de santé vous expliquera les soins médicalement nécessaires qui seraient les meilleurs pour vous, y compris leurs risques, leurs bienfaits et les autres traitements possibles. Il vous demandera aussi si vous avez des questions et si vous voulez accepter ou refuser le traitement médical.

Quelques-unes des décisions les plus difficiles entourent le recours à l'assistance vitale et aux traitements visant la prolongation de la vie. Les traitements peuvent comprendre un ventilateur pulmonaire pour faciliter la respiration, le gavage, la dialyse des reins ou la réanimation cardiorespiratoire pour redémarrer le cœur et les poumons. Ces traitements sont offerts lorsqu'un professionnel de soins de santé croit qu'ils sont médicalement nécessaires.

Les questions ci-dessous peuvent aider votre réflexion au sujet de l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie que vous pourriez accepter ou refuser à l'avenir.

Si vous avez une maladie chronique :

- Où en est ma maladie et de quelle manière pourrait-elle progresser?
- La maladie peut-elle affecter ma mémoire ou ma capacité de prendre mes propres décisions à l'avenir?
- La maladie pourrait-elle devenir fatale?
- De quelle sorte d'assistance vitale ou de traitements visant la prolongation de la vie aurais-je peut-être besoin en raison de la maladie?
- Qu'est-ce que mon professionnel de soins de santé me suggère d'aborder dans mon plan de soins?

Si vous avez une maladie ou une blessure pouvant être fatale, voulez-vous accepter ou refuser :

- La réanimation cardiorespiratoire (RCR)?
- L'assistance vitale ou les traitements visant la prolongation de la vie, en tout ou en partie, qu'un professionnel de soins de santé jugerait médicalement nécessaires?
- Une période d'essai de l'assistance vitale et des traitements visant la prolongation de la vie, tout en permettant une mort naturelle si votre trouble médical ne s'améliorait pas?

Vous pourriez peut-être vous demander : « Voudrais-je de l'assistance vitale ou des traitements visant la prolongation de la vie si cela signifiait ne plus être en mesure de :

- profiter de ma vie et de mes activités autant que maintenant?
- sortir du lit, de marcher ou d'aller à l'extérieur par moi-même?
- reconnaître les membres de ma famille ou mes amis et d'avoir des conversations constructives avec eux?
- penser par moi-même? »



# Options de planification préalable des soins

---

Beaucoup d'options s'offrent à vous pour que vous puissiez communiquer vos vœux et vos directives au cas où vous ne soyez pas capable de le faire vous-même. Votre situation personnelle et le type de plan de soins que vous voulez élaborer auront une influence sur les options que vous choisirez.

## Les bases de la planification préalable des soins

Chaque plan de soins devrait comprendre les trois choses suivantes :

Des conversations avec votre famille ou vos amis, de même que vos professionnels de soins de santé, au sujet de vos croyances, valeurs et vœux.

Écrire vos croyances, valeurs et vœux en matière de soins de santé pour l'avenir.

Écrire les coordonnées de personnes qui répondent aux critères pour figurer sur votre liste de mandataires spéciaux temporaires.

## Options de planification préalable des soins

Les éléments suivants sont facultatifs, en fonction de vos besoins en matière de planification préalable des soins :

Mandat de protection standard : l'article 7

Vous permet de désigner une personne qui pourra prendre des décisions relatives à la gestion financière de routine, à vos soins personnels et à quelques décisions médicales.

Ne permet pas à la personne de refuser l'assistance vitale ou les traitements visant la prolongation de la vie en votre nom.

Mandat de protection avancé : l'article 9

Vous permet de désigner une personne qui pourra prendre des décisions relatives à vos soins personnels et quelques décisions médicales, y compris l'acceptation et le refus de l'assistance vitale et de traitements visant la prolongation de la vie en votre nom.

Directive médicale anticipée

Vous permet d'énoncer vos décisions en matière d'acceptation et de refus de traitements médicaux, y compris l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie, directement à un professionnel de soins de santé.

Votre directive médicale anticipée doit être suivie, tant qu'elle concerne les décisions médicales à prendre dans l'immédiat. Il ne sera demandé à personne de prendre une décision pour vous.

Procuration perpétuelle

Vous permet de désigner une personne qui pourra prendre des décisions financières et juridiques en votre nom si vous devenez inapte.

## Mandataire spécial temporaire (MST)

Un mandataire spécial temporaire (MST) est choisi si vous n'avez pas légalement mandaté une personne (mandataire) pour prendre des décisions médicales en votre nom si vous êtes inapte à les prendre vous-même.

Le MST est choisi par votre médecin ou par un autre professionnel de soins de santé à partir d'une liste que vous pouvez remplir. L'ordre des personnes qui répondent aux critères pour figurer sur cette liste est déterminé par la loi de la C.-B. Afin de pouvoir agir en tant que MST, la personne doit avoir 19 ans et plus, être apte, ne pas avoir de conflit avec vous et avoir été en contact avec vous durant l'année précédente.

Une personne figurant sur la liste ci-dessous doit être contactée dans l'ordre donné :

1. Votre conjoint(e) (époux ou épouse, conjoint(e) de fait, de même sexe, peu importe le temps que vous avez vécu ensemble)
2. Un enfant (âgé de 19 ans ou plus, peu importe l'ordre de naissance)
3. Un parent (l'un ou l'autre; peut être un parent adoptif)
4. Un frère ou une sœur (peu importe l'ordre de naissance)
5. Un grand-parent
6. Un petit-enfant (peu importe l'ordre de naissance)
7. Toute autre personne liée à vous par la naissance ou l'adoption
8. Un ami proche
9. Tout autre membre immédiat de votre famille par mariage (parents par alliance, beaux-parents, beaux-enfants, etc.)

Vous ne pouvez pas modifier l'ordre de cette liste. Votre professionnel de soins de santé ne peut désigner une personne figurant plus loin sur la liste comme MST que si toutes les personnes figurant au-dessus d'elle ne répondent pas aux critères ou ne sont pas disponibles.

Si vous savez que vous voudriez qu'une personne qui figure plus loin sur la liste prenne vos décisions médicales, vous devriez légalement nommer cette personne comme votre mandataire en utilisant un mandat de protection. Deux types distincts de formulaire de mandat de protection se trouvent à la fin de ce guide. Assurez-vous d'utiliser celui qui répond à vos besoins. Vous trouverez, dans la prochaine section, de l'information sur les différences entre ces deux types de mandat de protection.

Votre MST a l'obligation légale de prendre des décisions qui respectent vos vœux. Si vous avez eu des discussions à propos de la planification préalable des soins et écrit vos croyances, valeurs et vœux, votre MST connaîtra et pourra les communiquer lorsqu'on lui demandera de prendre des décisions médicales pour vous.

Si le choix d'un MST en cas de besoin vous convient, votre plan de soins comprendra ce qui suit :

- Discuter de vos croyances, de vos valeurs et de vos vœux avec votre famille proche ou un ami de confiance;
- Écrire vos croyances, valeurs et vœux (p. 30); et
- Remplir votre liste de mandataires spéciaux temporaires (p. 28) avec les coordonnées de personnes qui pourraient être contactées, dans l'ordre, par un professionnel de soins de santé si un MST est nécessaire.

Pat, 47 ans, est une employée de bureau en bonne santé qui vit dans une petite ville au nord. Elle est mariée à Tom, 49 ans, depuis 24 ans et ils ont trois enfants de 20, 17 et 14 ans. Les deux plus jeunes vivent à la maison et son aîné a déménagé l'an dernier pour poursuivre ses études. Après avoir perdu plusieurs membres de la famille et amis ces dernières années, Pat a commencé à penser à ses décisions médicales pour l'avenir. Elle a parlé de ses sentiments et ses inquiétudes à Tom. Il se trouve qu'il pensait aux mêmes choses. Ensemble, ils ont décidé d'établir un plan de soins afin de connaître les vœux concernant les futures décisions médicales de l'autre.



Pat et Tom choisissent de consigner leurs croyances, leurs valeurs et leurs vœux et remplissent simplement leur liste de MST car :

- Ils ont une relation durable et stable;
- Ils se font mutuellement confiance pour prendre de bonnes décisions pour l'autre en honorant leurs croyances, leurs valeurs et leurs vœux;
- En tant qu'époux, ils sont en tête de la liste de MST de l'autre, et
- Pat a parlé de ses croyances, ses valeurs et ses vœux à son enfant adulte et à sa mère, qui seraient les deux prochains MST répondant aux critères en cas d'empêchement de Tom.

## Mandats de protection

Les adultes en Colombie-Britannique peuvent désigner un mandataire dans un mandat de protection s'ils souhaitent que quelqu'un en particulier puisse prendre certaines décisions en leur nom. Il existe deux sortes de mandats de protection.

### Mandat standard : Mandat de protection en vertu de l'article 7

Un mandat de protection en vertu de l'article 7 vous permet de désigner un mandataire qui prendra des décisions concernant la gestion de routine de vos affaires financières, vos soins personnels et quelques décisions médicales. Il ne l'autorise pas à refuser des soins de santé impliquant une assistance vitale ou un traitement visant la prolongation de la vie.

Un mandat standard peut être une option pour les adultes inaptes, selon le jugement d'un professionnel de soins de santé, à remplir un mandat de protection avancé (article 9). Un mandat en vertu de l'article 7 permet aux adultes ayant un niveau d'aptitude réduit (causé, par exemple, par une déficience développementale ou une blessure ou une affection au cerveau affectant les capacités cognitives) à établir un plan de soins.

Ceux qui sont en mesure de remplir un mandat en vertu de l'article 9 peuvent tout de même choisir celui en vertu de l'article 7 s'il correspond à leurs besoins.

Remplir un mandat de protection en vertu de l'article 7 dans le cadre de votre plan de soins implique :

- de discuter de vos croyances, de vos valeurs et de vos vœux avec votre famille proche ou un ami de confiance;
- d'écrire vos croyances, valeurs et vœux (p. 30);
- de désigner votre mandataire et d'écrire vos instructions dans un mandat de protection, en utilisant le formulaire de l'article 7 (p. 34); et
- de remplir votre liste de MST avec les coordonnées de personnes qui pourraient être contactées par un professionnel de soins de santé en cas de démission ou d'indisponibilité d'un mandataire ou lorsqu'une décision concernant l'assistance vitale ou un traitement visant la prolongation de la vie est nécessaire (p. 28).



Michael, 38 ans, a été impliqué dans un grave accident de moto il y a 10 ans. Il a été blessé à la tête et est depuis paralysé et a des troubles de la mémoire. Il est célibataire, ses parents sont décédés et il est proche de son frère plus jeune qui vit hors de la province. Michael vit seul dans son appartement depuis 8 ans. Des équipements spécialisés et des aides de maintien à domicile lui permettent de rester aussi indépendant que possible. Son meilleur ami, Ben, l’emmène magasiner toutes les semaines et l’emmène à ses rendez-vous médicaux. La santé de Michael est bonne, mais il dit que ses problèmes de mémoire se sont accentués cette année, rendant la prise de décisions complexe. Il est de plus en plus dépendant de Ben pour payer ses factures à temps et prendre ses rendez-vous médicaux et y assister. Son infirmier communautaire lui a proposé de désigner un mandataire pour l’aider à gérer ses décisions de santé, financières et personnelles.

Michael est admissible au mandat de protection en vertu de l’article 7 car, tout facteur pris en compte, il :

- peut communiquer son intention de nommer un mandataire pour l’aider à prendre des décisions sur ses soins personnels, ses finances de routine et quelques décisions de santé, et comprend que cette personne peut prendre, ou cesser de prendre, des décisions qui vont l’affecter;
- fait confiance à son ami Ben qui, il le sait, tient à lui;
- sait et comprend qu’il refuse que Ben prenne des décisions sur le refus d’assistance vitale ou d’un traitement visant la prolongation de la vie;
- répond aux critères et a accepté d’être son mandataire; et
- bien que le frère de Michael vive hors de la C.-B., il garde le contact et répond aux critères pour être un MST pour lui si une décision concernant l’assistance vitale devait être prise.

## **Mandat avancé : Mandat de protection en vertu de l’article 9**

Un mandat de protection en vertu de l’article 9 vous permet de désigner un mandataire qui peut prendre des décisions concernant vos soins personnels et de santé, dont les décisions concernant l’acceptation ou le refus d’assistance vitale ou de traitements visant la prolongation de la vie. Un mandataire apparaissant dans un mandat de protection en vertu de l’article 9 ne peut pas prendre de décisions financières à votre place. Si vous souhaitez que quelqu’un puisse prendre des décisions financières en votre nom si vous devenez inapte, vous pouvez désigner une personne (un mandataire) en utilisant un formulaire de procuration perpétuelle (voir p. 19 pour plus d’information).

Remplir un mandat de protection en vertu de l'article 9 dans le cadre de votre plan de soins implique :

- de discuter de vos croyances, de vos valeurs et de vos vœux avec votre famille proche ou un ami de confiance;
- d'écrire vos croyances, valeurs et vœux (p. 30);
- de désigner votre mandataire et d'écrire vos instructions dans un mandat de protection, en utilisant un formulaire de l'article 9 (p. 44); et
- de remplir votre liste de MST avec les coordonnées de personnes qui pourraient être contactées par un professionnel de soins de santé si votre mandataire démissionne ou est indisponible (p. 28).

Gurdeep, 74 ans, a emménagé au Canada il y a 10 ans avec sa femme Rani, qui parle peu l'anglais. Gurd est en mauvaise santé depuis sept ans. Il souffre d'une maladie rénale, de diabète et d'hypertension artérielle. Il a besoin de dialyse trois fois par semaine et il souffre d'une insuffisance cardiaque congestive qui s'aggrave au fil des mois. Sa femme et lui vivent avec leur aîné, Jeet, qui prend soin de lui et assiste à ses rendez-vous médicaux. Gurd a cinq autres enfants qui habitent près de lui, et est en bons termes avec eux. Parce que la santé de Gurd se détériore, son médecin lui conseille d'établir un plan de soins afin que ses vœux soient connus et de décider clairement qui prendra les décisions à sa place s'il ne le peut plus.

Gurd en a parlé avec sa femme et ses enfants et a conclu qu'il préférerait rester à la maison jusqu'à la fin de sa vie plutôt que dans un hôpital ou un établissement de soins. Il s'inquiète de souffrir et ne voudrait pas être attaché à des machines pour prolonger sa vie. Malgré ses inquiétudes de santé, il aimerait être donneur d'organes. Il décide qu'il aimerait que Jeet prenne des décisions médicales pour lui, s'il devient inapte.



Gurd a choisi de remplir le mandat de protection en vertu de l'article 9 car :

- Jeet n'est pas en haut de la liste de MST et doit être désigné comme mandataire de Gurd afin de pouvoir prendre des décisions médicales pour lui;
- Gurd sait que Jeet peut aisément communiquer avec son médecin sans interprète;
- Gurd fait confiance à Jeet pour prendre des décisions médicales conformément à ses croyances, ses valeurs et ses vœux, et il consultera Rani pour les conversations importantes; et
- Le mandat de protection en vertu de l'article 9 permettra à Jeet d'accepter ou de refuser l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie.

Gurd pourrait vouloir désigner un autre de ses enfants comme mandataire suppléant en cas de démission de Jeet. De plus, ou comme autre option, Gurd pourrait noter sur le formulaire de l'article 9 des directives médicales anticipées et indiquer qu'elles peuvent être suivies par un professionnel de soins de santé sans consulter son mandataire. Ces options assureraient que les vœux et les instructions de Gurd concernant ses soins de santé soient respectés.

## Directive médicale anticipée

Une directive médicale anticipée permet à un adulte apte d'indiquer clairement ses décisions concernant l'acceptation ou le refus de soins de santé, dont l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie, et fournit ces instructions et ces décisions directement à un professionnel de soins de santé. Votre directive médicale anticipée doit être suivie, tant qu'elle concerne les soins médicaux dont vous avez besoin dans l'immédiat. Un MST ne sera choisi que lorsqu'une décision médicale nécessaire n'est pas concernée par vos directives médicales anticipées.

Remplir une directive médicale anticipée dans le cadre de votre plan de soins implique :

- de discuter de vos croyances, de vos valeurs et de vos vœux avec votre famille proche ou un ami de confiance; d'écrire vos croyances, valeurs et vœux (p. 30);
- de prévoir vos décisions pour vos futurs soins de santé avec une directive médicale anticipée (p. 50); et
- de remplir votre liste de MST avec les coordonnées de personnes qui pourraient être contactées par un professionnel de soins de santé si une décision médicale n'étant pas couverte par votre directive médicale anticipée devait être prise par un mandataire spécial temporaire (p. 28).

Jenny, 58 ans, est venue de Chine au Canada il y a 24 ans. Elle est célibataire et n'a pas de famille proche. Elle est une personne discrète, propriétaire d'un chat et fréquentant quelques amis, comme son amie proche Rose, qui voyage régulièrement. Jenny a été en santé toute sa vie jusqu'au mois dernier, où elle a ressenti de fortes douleurs à la poitrine en montant une pente raide à la marche. Après plusieurs tests, le médecin de Jenny lui a appris que ses artères s'étaient bouchées, que son taux de cholestérol était trop élevé et qu'elle courrait de gros risques de crise cardiaque. Il lui a prescrit des médicaments pour son trouble médical, a suggéré qu'elle cesse de fumer et l'a référée à un spécialiste du cœur



pour ses prochaines consultations. Il lui a suggéré de penser à une planification préalable des soins pour s'assurer que ses décisions médicales soient connues et respectées par ses professionnels de soins de santé, puisqu'elle n'a aucune famille proche. Après avoir réfléchi aux types d'assistance vitale et de traitements visant la prolongation de la vie dont elle pourrait avoir besoin si son état empirait, Jenny a choisi d'écrire une directive médicale anticipée.

Jenny a choisi de remplir une directive médicale anticipée car :

- Jenny n'a pas de famille et ses amis proches pourraient ne pas pouvoir être choisis par un professionnel de soins de santé comme MST;
- Jenny peut préciser ses vœux et ses instructions pour l'assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie et le moment auquel elle voudrait qu'ils commencent, continuent ou s'arrêtent; et
- Le médecin de Jenny les connaît, elle et ses vœux et espoirs pour l'avenir, bien mieux depuis qu'ils ont planifié ses soins ensemble. Il a aussi une copie de ses directives médicales anticipées.

Jenny pourrait vouloir parler avec son amie Rose, ou une autre personne de confiance, de ses vœux, et s'assurer qu'elle soit identifiée dans sa liste de contacts comme une MST en cas de besoin. Elle pourrait aussi souhaiter fournir une procuration perpétuelle pour que quelqu'un gère ses finances et ses biens au cas où elle devienne inapte à le faire elle-même (voir la page 19 pour plus de détails).

## Un mandat de protection et une directive médicale anticipée

Différentes circonstances peuvent pousser un adulte à choisir de rédiger un mandat de protection, une directive médicale anticipée ou de simplement discuter de ses croyances, de ses valeurs et de ses vœux avec sa famille et ses amis proches, et de consigner les coordonnées d'un MST. Les lois sur la planification personnelle de la Colombie-Britannique offrent aussi l'option de choisir d'avoir un mandat de protection et une directive médicale anticipée.

Si vous avez à la fois un mandat de protection et une directive médicale anticipée, et que vous souhaitez que cette dernière soit suivie par votre professionnel de soins de santé sans passer par votre mandataire, vous devez l'indiquer dans votre mandat de protection.

Remplir un mandat de protection et une directive médicale anticipée dans le cadre de votre plan de soins implique :

- de discuter de vos croyances, de vos valeurs et de vos vœux avec votre famille proche ou un ami de confiance; d'écrire vos croyances, valeurs et vœux (p. 30);
- de désigner votre mandataire dans un mandat de protection utilisant un formulaire de l'article 7 (p. 34) ou de l'article 9 (p. 44);
- de prévoir vos décisions pour vos futurs soins de santé avec une directive médicale anticipée (p. 50) [remarque : vous devrez spécifier dans votre mandat de protection qu'un professionnel de soins de santé peut suivre les instructions de votre directive médicale anticipée sans le consentement de votre mandataire, si c'est ce que vous voulez]; et
- de remplir votre liste de MST avec les coordonnées de personnes qui pourraient être contactées par un professionnel de soins de santé lorsqu'un MST est requis pour prendre une décision si votre mandataire démissionne ou est indisponible et que votre directive médicale anticipée ne s'applique pas (p. 28).

## Un mandat de protection en vertu de l'article 7 et une directive médicale anticipée

Remplir une directive médicale anticipée en plus d'un mandat de protection en vertu de l'article 7 donne des instructions spécifiques directement à votre professionnel de soins de santé, tant que vous écrivez dans votre mandat de protection que votre directive médicale anticipée peut être exécutée sans consulter votre mandataire.

Marie, 34 ans, a reçu un diagnostic et un traitement pour une psychose précoce lorsqu'elle avait 16 ans. La plupart du temps, elle se comporte bien, gère ses symptômes et peut s'occuper d'elle-même. Son époux, Tony, travaille périodiquement loin de la maison. Sa sœur, Jeanne, habite tout près et aide Marie aussi souvent que possible. Quand Marie ne va pas bien, c'est souvent dû à des symptômes de psychose récurrents. Lorsque ça arrive, elle n'est plus en mesure de s'occuper d'elle-même et de la maison. L'évaluation et le traitement de ses symptômes peut se faire à partir de la maison, mais elle est parfois envoyée à l'unité d'hospitalisation psychiatrique de l'hôpital local. Le cycle se répète tous les ans ou les deux ans, et quand les symptômes de Marie sont graves, elle refuse parfois le traitement qui peut la stabiliser.

Après son dernier séjour à l'hôpital, Marie a parlé à Tony, Jeanne et son psychiatre de planifier ses soins sur le long terme pour ce genre d'événement. Lors de sa dernière visite, le médecin de Marie lui a suggéré de remplir un plan de soins pour prendre des décisions relatives aux soins de santé et à sa planification personnelle pour l'avenir. Il lui a suggéré de désigner un mandataire pour s'assurer que ses besoins en soins et en finances de routine soient comblés si elle devait se retrouver à l'hôpital pendant que Tony est absent. Il lui a aussi conseillé de rédiger une directive médicale anticipée pour s'assurer qu'elle reçoive des soins dès que possible lors de l'apparition de symptômes de psychose. Marie a choisi de remplir un mandat de protection en vertu de l'article 7 et une directive médicale anticipée.

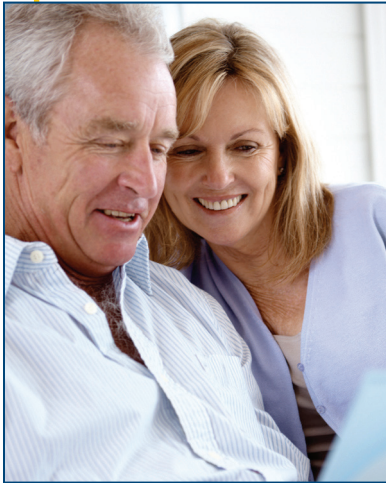
Marie a choisi de remplir un mandat de protection en vertu de l'article 7 et une directive médicale anticipée car :

- La mandataire de Marie, Jeanne, pourra prendre des décisions sur les finances de routine de Marie en cas de maladie et d'absence de Tony. Marie pourrait limiter l'autorité de Jeanne sur les décisions médicales jusqu'à ce que les symptômes de psychose atteignent un certain degré.
- Marie ne souhaite pas que Jeanne prenne la décision de lui refuser l'assistance vitale.
- Les directives médicales anticipées de Marie lui permettent de fournir des instructions détaillées sur ses propres soins de santé directement à son professionnel de soins de santé.
- La directive médicale anticipée fera en sorte que Marie reçoive les soins de santé appropriés même si elle les refuse lorsqu'ils sont nécessaires.



## Un mandat de protection en vertu de l'article 9 et une directive médicale anticipée

Remplir une directive médicale anticipée en plus d'un mandat de protection en vertu de l'article 9 donne des instructions spécifiques directement à votre professionnel de soins de santé, tant que vous écrivez dans votre mandat de protection que votre directive médicale anticipée peut être exécutée sans consulter votre mandataire.



Don, 68 ans, est un homme d'affaires qui a appris, il y a deux mois, qu'il avait un cancer de la prostate. Don n'a aucun autre problème de santé, bien qu'il ait fumé pendant plus de 50 ans, qu'il ait une toux chronique et qu'il soit en léger surpoids. Il a perdu un ami à cause d'un cancer de la prostate l'an dernier et son frère est mort d'un cancer colorectal il y a cinq ans. Don a divorcé deux fois, a trois filles adultes qui vivent dans la même ville, est toujours ami proche avec sa première femme et, il y a deux mois, a déménagé avec Sheila, sa nouvelle partenaire, que ses filles ne connaissent pas encore très bien. Il s'entend bien avec sa plus jeune fille, Karen, et elle connaît ses vœux. Don a consulté son médecin pour un examen de routine et a discuté de ses préoccupations. Le docteur lui a suggéré de penser à la planification préalable des soins et à qui devrait être son mandataire spécial, s'il en venait à ne plus pouvoir prendre de décisions médicales lui-même. Don a choisi de remplir un mandat de protection en vertu de l'article 9 et une directive médicale anticipée.

Don a choisi de remplir un mandat de protection en vertu de l'article 9 et une directive médicale anticipée car :

- Don a des relations étroites avec plus d'une personne qui ont son bien-être à cœur. Si Don tombe malade et ne peut plus prendre de décisions lui-même, il est possible que plusieurs personnes croient savoir mieux que les autres quels sont les souhaits de Don.
- Sans mandataire nommé, le professionnel de soins de santé de Don doit choisir Sheila comme MST, ce qui pourrait inquiéter ses filles.
- En indiquant des instructions pour ses soins de santé dans une directive médicale anticipée, le professionnel de soins de santé de Don sera au courant de ses vœux.

Si Don souhaite que sa première femme et/ou sa plus jeune fille Karen soient ses mandataires, il pourrait désigner l'une comme mandataire et l'autre comme mandataire suppléante.

## Procuration perpétuelle

Une procuration perpétuelle permet à un adulte de mandater une personne tierce (appelée un mandataire) pour prendre des décisions concernant ses affaires juridiques et financières. Cette personne (mandataire) est autorisée à agir lorsque l'adulte devient inapte.

Les pouvoirs fournis au mandataire peuvent être personnalisés selon vos besoins. Par exemple, cette personne pourrait seulement déposer des chèques dans votre compte courant ou avoir un accès illimité à tous vos biens.

Les mandataires ne peuvent pas prendre de décisions médicales. Un mandat de protection est la seule façon de mandater une personne pour agir en votre nom pour les décisions médicales.

### Ressources

---

Vous pouvez trouver le formulaire de procuration perpétuelle à :  
[www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning)

Vous pouvez trouver plus d'information sur le site Web du Tuteur et curateur public de la Colombie-Britannique, au : [www.trustee.bc.ca](http://www.trustee.bc.ca) (en anglais)

Le service de référence aux avocats ([www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)) (en anglais) est géré par la division de la Colombie-Britannique de l'Association du Barreau canadien. Il permet une consultation initiale avec un avocat jusqu'à 30 minutes pour un petit honoraire. Des opérateurs et opératrices sont disponibles de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi. Appelez au 604 687-3221 pour le Lower Mainland ou sans frais pour le reste de la C.-B. au 1 800 663-1919.

# Modifier ou annuler votre plan de soins

---

Vos circonstances personnelles changent avec le temps. Tant que vous êtes apte, vous pouvez modifier ou annuler (révoquer) votre plan de soins à n'importe quel moment. C'est possible pour le mandat de protection et la directive médicale anticipée.

Il est important de réviser régulièrement votre plan de soins, si vous le jugez nécessaire. Lors d'une révision, demandez à votre mandataire ou à vos MST s'ils peuvent et veulent toujours prendre des décisions médicales pour vous. Réviser les vœux que vous avez notés dans votre plan, ce qui comprend toutes les instructions particulières quant au mandat de protection ou à la directive médicale anticipée.

Avant de modifier ou d'annuler votre plan de soins, assurez-vous d'être bien au courant de votre état de santé actuel et des nouveaux traitements auxquels vous pourriez avoir droit.

Les instructions ci-dessous vous indiquent quoi faire si vous voulez mettre à jour ou annuler votre plan de soins, y compris votre mandat de protection et votre directive médicale anticipée si vous les avez rédigés.

1. Modifier le résumé de votre plan de soins, votre liste de coordonnées de MST ou vos croyances, valeurs et vœux pour vos soins de santé, ce qui comprend les traitements visant la prolongation de la vie :

Détruisez les anciennes pages et remplissez les nouvelles. Assurez-vous de signer et dater vos nouvelles pages là où c'est requis. Si vous ne nommez pas de mandataire ou n'avez pas de directive médicale anticipée et vous ne voulez toujours pas en avoir, passez au numéro 4.

Si vous souhaitez nommer un mandataire [article 7 (p. 34) ou article 9 (p. 44)] ou produire une directive médicale anticipée (p. 50), remplissez les formulaires et informez votre famille, vos amis et vos professionnels de soins de santé.

2. Modifications à votre mandat de protection (article 7 ou 9) ou à votre directive médicale anticipée

Vous avez deux options :

- Effectuer les modifications directement dans votre mandat de protection existant ou votre directive médicale anticipée actuelle, puis signer et dater devant des témoins comme vous l'avez fait pour les documents originaux; ou
- Créer un nouveau mandat de protection ou une nouvelle directive médicale anticipée pour remplacer les originaux et annuler votre ancien mandat de protection ou votre ancienne directive médicale anticipée (voir numéro 3).

3. Annuler un mandat de protection existant ou une directive médicale anticipée actuelle
- Pour annuler un mandat de protection existant ou une directive médicale anticipée actuelle, vous devez :
- Détruire le document original ou en créer un autre, puis exprimer votre intention d'annuler l'original; et
  - Écrire un avis d'annulation (révocation) à la personne nommée comme votre mandataire, en incluant tout mandataire ou moniteur suppléant.

4. Avis de modification

Après avoir modifié ou annulé votre plan de soins, vous devriez :

- Informer tout membre de la famille, ami ou professionnel de soins de santé concerné par les modifications à votre plan de soins, y compris les modifications à votre mandat de protection ou directive médicale anticipée si vous avez rempli les formulaires.
- Demander à votre famille, vos amis, votre mandataire (si vous avez un) et vos professionnels de soins de santé de vous redonner les copies originales de votre plan de soins, y compris les copies de votre ancien mandat de protection et votre ancienne directive médicale anticipée au besoin, pour que vous puissiez les détruire.
- Fournir des copies de votre plan de soins nouvellement modifié, y compris votre mandat de protection et votre directive médicale anticipée (s'ils ont été remplis) à votre famille ou vos amis proches et à votre ou vos professionnels de soins de santé.
- Il est important de s'assurer que votre médecin et tout autre professionnel de soins de santé connaissent vos vœux et instructions les plus à jour à propos de vos soins. Veuillez vous assurer que si vous mettez à jour votre plan de soins, y compris votre mandat de protection ou votre directive médicale anticipée, vous avisiez tous les professionnels de soins de santé concernés. Assurez-vous de leur demander de réviser et de mettre à jour ou annuler toute ordonnance médicale qui n'est plus en vigueur.

## Définitions de termes

---

Le **plan de soins** est un résumé écrit des vœux ou des instructions d'un adulte apte pour guider un mandataire spécial si cette personne se fait demander par un professionnel de soins de santé de prendre une décision médicale au nom de l'adulte.

La **planification préalable des soins** est un processus par lequel un adulte apte parle de ses croyances, ses valeurs et ses vœux en matière de soins de santé avec sa famille ou ses amis proches et un professionnel de soins de santé avant le temps où il pourrait être inapte à décider par lui-même.

Une **directive médicale anticipée** est les instructions écrites d'un adulte apte directement à son professionnel de soins de santé à propos des soins de santé auxquels l'adulte consent ou refuse. Elle est efficace lorsque l'adulte apte devient inapte et s'applique seulement aux troubles et aux traitements médicaux inscrits dans la directive médicale anticipée.

**Permettre la mort naturelle** désigne le moment où le patient reçoit des soins médicalement nécessaires pour soulager les symptômes, comme la douleur ou l'essoufflement, alors que la mort approche.

La **réanimation cardiorespiratoire (RCR)** est une procédure d'urgence utilisée pour réanimer une personne quand son cœur ou ses poumons cessent soudainement de fonctionner. La RCR peut inclure l'administration de compressions thoraciques répétées à une personne et des respirations de sauvetage pour gonfler les poumons d'une personne et y faire entrer de l'oxygène.

La **dialyse** est un traitement médical qui nettoie le sang d'une personne lorsque ses reins ne peuvent plus le faire.

Les **soins en fin de vie** sont prodigués dans les derniers moments de la vie. Les soins prodigués dans ces moments peuvent être appelés des soins de soutien, des soins palliatifs ou de la gestion des symptômes. Les soins en fin de vie traitent les problèmes physiques, psychologiques et spirituels en se concentrant sur le confort, le respect des décisions et le soutien de la famille. Ils sont prodigués par un groupe interdisciplinaire de professionnels de soins de santé.

La **procuration perpétuelle** est un document dans lequel un adulte autorise une autre personne (appelée mandataire) à prendre des décisions concernant les finances, les affaires commerciales et la propriété de l'adulte. La personne (le mandataire) a l'autorisation d'agir quand l'adulte devient inapte à prendre des décisions ou continue d'agir quand l'adulte demeure inapte. Les mandataires ne peuvent pas prendre de décisions médicales.

Un **professionnel de soins de santé** est un professionnel certifié, agréé ou détenant un permis pour prodiguer des soins de santé selon la *Health Professions Act (Loi sur les professions de la santé)* (p. ex. un médecin, un infirmier praticien, un infirmier autorisé) et la *Social Workers Act (Loi sur la profession du travail social)*.

Les **soins de santé** sont tous les soins thérapeutiques, préventifs, palliatifs et cosmétiques, les diagnostics ou tout autre acte médical. Ils peuvent être une série de traitements ou de soins similaires (p. ex. l'administration de médicaments pour la pression artérielle, le soin des plaies) prodigués au cours d'une période donnée ou un plan d'une variété de soins sur plus d'un an.

L'**inaptitude** est déterminée par un professionnel de soins de santé qui doit prendre sa décision sur la capacité de l'adulte de comprendre ou non :

1. L'information donnée à propos de son état de santé;
2. La nature des soins de santé proposés, y compris les risques, les avantages et les options de rechange; et
3. Que l'information s'applique à sa situation.

L'**assistance vitale et les traitements visant la prolongation de la vie** sont les soins de santé comme le gavage, les respirateurs (ventilateurs pulmonaires), la dialyse rénale, la médication et la réanimation cardiorespiratoire. Ces traitements sont considérés comme des soins médicalement nécessaires lorsqu'ils ont pour but de maintenir ou prolonger la vie.

Les **soins médicalement nécessaires** sont les traitements offerts par un professionnel de soins de santé qui sont cohérents avec l'état du patient et ses objectifs de soins selon son évaluation de santé effectuée par le professionnel de soins de santé.

Un **moniteur** est une personne qui peut être désignée dans un mandat de protection afin d'assurer que le mandataire exerce ses fonctions.

Un **infirmier praticien** est un infirmier détenant un permis et répondant aux exigences de la profession, ce qui lui donne la permission d'utiliser le titre d'infirmier praticien. Celui-ci offre divers services de soins infirmiers comprenant le diagnostic, la prescription, la demande de tests et la gestion des maladies aiguës courantes et des maladies chroniques courantes.

Un **tuteur à la personne (comité à la personne)** est une personne désignée par la cour afin de prendre des décisions personnelles et de santé pour le bien de l'adulte lorsque ce dernier est inapte à prendre ses propres décisions.

Les **soins personnels** représentent les besoins vitaux quotidiens des personnes, comme les conditions de logement, la nutrition, l'habillement, l'hygiène, l'exercice physique et la sécurité.



Une **procuration** est un document qui désigne une personne (appelée mandataire) comme étant autorisée par un adulte apte à prendre des décisions financières, commerciales ou concernant la propriété en son nom. Les mandataires ne peuvent pas prendre de décisions médicales.

Un **mandataire** est une personne de 19 ans ou plus nommée par un adulte apte, dans un mandat de protection, pour prendre des décisions médicales en son nom lors de lorsqu'elle est inapte à décider.

Le **mandat de protection** est le document dans lequel un adulte apte nomme son mandataire pour prendre des décisions médicales en son nom lorsqu'il en est inapte. Il y en a deux types :

1. **Mandat de protection en vertu de l'article 7** : Un adulte peut autoriser un mandataire à prendre des décisions à propos de la gestion courante des finances, des soins personnels et de quelques soins de santé au nom de l'adulte, excluant les décisions concernant le refus d'assistance vitale ou de traitements visant la prolongation de la vie.
2. **Mandat de protection en vertu de l'article 9** : Un adulte peut autoriser un mandataire à prendre des décisions à propos des soins personnels et des soins de santé en son nom, y compris les décisions concernant l'acceptation ou le refus d'assistance vitale ou de traitements visant la prolongation de la vie.

Un **conjoint ou une conjointe** est une personne qui :

- a. est mariée à une autre personne et qui ne vit pas séparément selon la *Loi concernant le divorce et les mesures accessoires* (Canada); ou
- b. vit et cohabite avec l'autre personne dans une relation conjugale, y compris entre des personnes de même genre.

Un **mandataire spécial** est une personne apte ayant l'autorité de prendre des décisions de soins de santé au nom d'un adulte inapte. Comprend un tuteur à la personne (comité à la personne), un mandataire ou un mandataire spécial temporaire.

Un **mandataire spécial temporaire (MST)** est un adulte apte choisi par un professionnel de soins de santé pour prendre des décisions médicales au nom d'un adulte inapte lorsque des soins sont nécessaires. Un MST n'est pas choisi si l'adulte a une directive médicale anticipée qui concerne les soins nécessaires à ce moment-là, ou si l'adulte a un tuteur à la personne ou mandataire disponible.

Le **gavage** est un moyen de nourrir une personne qui ne peut pas manger en utilisant sa bouche. Le gavage implique le positionnement temporaire ou permanent d'un tube utilisé avec de la nourriture sous forme liquide, soit par le nez de la personne ou par l'estomac à travers la paroi abdominale.

Un **ventilateur pulmonaire** est une machine utilisée pour faire entrer et sortir de l'air des poumons lorsqu'une personne n'est pas en mesure de respirer par elle-même.

## Mettre de l'ordre dans vos documents

---

---

Le moment de la planification préalable des soins est bon pour rassembler tous vos documents de planification personnelle là où ils peuvent facilement être retrouvés. Cela aidera les gens que vous aurez désignés pour s'occuper de vos affaires à les trouver au besoin. Lisez la liste ci-dessous et remplissez les cases et les lignes qui vous concernent.

Je suis un(e) donneur(euse) d'organes (s'inscrire au [www.transplant.bc.ca](http://www.transplant.bc.ca)) :  Oui  Non

J'ai désigné un mandataire en vertu d'une procuration :  Oui  Non

Nom du mandataire : \_\_\_\_\_

J'ai désigné un mandataire en vertu d'une procuration perpétuelle :  Oui  Non

Nom du mandataire : \_\_\_\_\_

Endroit où trouver mes documents de procuration ou de procuration perpétuelle :

\_\_\_\_\_

J'ai un testament :  Oui  Non

Endroit où trouver mon testament : \_\_\_\_\_

J'ai un avocat :  Oui  Non

Nom de l'avocat : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

J'ai une police d'assurance-vie :  Oui  Non

Compagnie : \_\_\_\_\_

J'ai pris des dispositions d'inhumation/de crémation :  Oui  Non

Compagnie : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Autres documents :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Mon plan de soins



Cette section offre tous les outils et les formulaires nécessaires dont vous avez besoin afin d'effectuer votre planification préalable des soins. Les instructions au haut de chaque page vous aideront à déterminer les pages que vous devez remplir. Les pages ont été conçues pour que vous puissiez détacher celles dont vous avez besoin.

Remplissez seulement les pages dont vous avez besoin pour les documents juridiques que vous choisissez. Au besoin, consultez à nouveau les descriptions des différentes options de plans de soins dans la première partie de ce guide afin de vous aider à décider quels documents vous devrez remplir pour vos futurs besoins en soins de santé.

# My Advance Care Plan - Summary

---

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date this advance care plan was completed: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan:  Yes  No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
  - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
  - Form 2 - Certificate of Monitor
  - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
  - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ is my health care provider. Phone: \_\_\_\_\_

# My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

---

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

## Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

## Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

## Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

**Grandchildren (any - birth order does not matter)**

Name	Phone

Name	Phone

**Anyone else related to me by birth or adoption**

Name	Phone

Name	Phone

**Close friend**

Name	Phone

Name	Phone

**A person immediately related to me by marriage (ranked equally)**

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

# My Beliefs, Values and Wishes

---

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

**Note:** If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

## My beliefs (what gives my life meaning)



**My values (what I care about in my life)**

**My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)**

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

## My Representative - Standard Agreement (section 7)

---

### Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

## My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

---

### Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.



**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)**

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS**

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – naming a Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

**5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)  
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

**6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE**

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

**7. MONITOR**

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

**8. EFFECTIVE DATE**

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, \_\_\_\_\_  
Name

of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement
  - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_ Declarant's Signature

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)



## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement**

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

### **NOTE 3: Naming a Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement**

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required**

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative’s duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult’s financial affairs, unless the representative is the adult’s spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

**NOTE 7: Information for witnesses**

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
  - iv. A person who is under 19 years of age;
  - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

**NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective**

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

# Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

---

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

## Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code],

\_\_\_\_\_ [date of birth, if not a trust company or credit union].

## Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of representative, alternate representative or  
authorized signatory of a trust company or credit union

\_\_\_\_\_  
date

## Form 2 - Certificate of Monitor

---

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

### Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

### Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of monitor

\_\_\_\_\_  
date

# Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

---

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

## Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

## Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

\_\_\_\_\_  
signature of person signing for the adult

\_\_\_\_\_  
date

# Form 4 - Certificate of Witnesses

---

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

## Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of witness

\_\_\_\_\_  
date

**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)**

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS**

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative





**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Address	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Address	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:  
I, \_\_\_\_\_  
Name  
of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - adult who made the representation agreement
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location \_\_\_\_\_ Declarant's Signature  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements**

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

### **NOTE 3: Who may be named as Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not do**

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: Consultation with a health care provider**

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

**NOTE 7: Information for witnesses**

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



# ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

### 1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

### 2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

### 3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required,

**I give the following instructions:**

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

I refuse to consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

#### 5. SIGNATURES

##### ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

##### WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

##### WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

##### WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

#### NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

##### NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

##### NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
  - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
  - iii. A person who is under 19 years of age;
  - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
  - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
  - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.



# Ressources

---

## Planification préalable des soins

Pour plus d'information sur la planification préalable des soins, consultez :

SeniorsBC – [www.gov.bc.ca/advancecare](http://www.gov.bc.ca/advancecare) (en anglais)

HealthLink BC ( [www.healthlinkbc.ca](http://www.healthlinkbc.ca) ) et recherchez « advance care planning » (en anglais) ou appelez le 8-1-1.

### Votre régie de la santé locale :

Fraser Health – [https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg\\_kihBxPZ](https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ)  
(en anglais)

Interior Health – [www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx](http://www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx) (en anglais)

Island Health – <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning> (en anglais)

Northern Health – [www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning](http://www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning) (en anglais)

Vancouver Coastal Health – [www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning](http://www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning)  
(en anglais)

## Lois

Pour de l'information sur la loi sur la planification de l'inaptitude de la C.-B., visitez le :

[www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning) (en anglais)

## Planification personnelle

Tuteur et curateur public – <https://www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx> (en anglais)

Nidus Personal Planning Resource Centre – [www.nidus.ca](http://www.nidus.ca) (en anglais)

## Besoins juridiques

Si vous avez besoin d'un avocat, la division de la Colombie-Britannique de l'Association du Barreau canadien gère le Service de référence aux avocats. Pour plus de détails, visitez le :

[www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx) (en anglais)

## Besoins en soins de santé

Le British Columbia College of Family Physicians offre des suggestions sur la façon de trouver un médecin de famille au :  
<https://bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor/>  
(en anglais)

Mon nom complet est \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, veuillez appeler :  
\_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_ (numéro de téléphone)

Mon professionnel de soins de santé est \_\_\_\_\_

J'ai un plan de soins

avec un mandat de protection [ article 7  article 9]

avec une directive médicale anticipée

Je suis un(e) donneur(euse) d'organes

Mes documents importants sont situés \_\_\_\_\_



Entente Canada – Colombie-Britannique relative aux services en français  
2018-2019 à 2022-2023