

# Santé Î.-P.-É.

Un système de santé unique

## OBJECTIFS DES SOINS

Y a-t-il une directive relative aux soins de santé dans les dossiers?  Oui  Non  
(Si oui, celle-ci orientera la discussion pour témoigner des souhaits du patient/résident/client au moment de la rédaction)

| OBJECTIFS DES SOINS   | Initiales du fournisseur de soins de santé |  |
|---|--|--|
| <b>R</b><br>Soins médicaux et interventions, y compris la réanimation                   |  | Les objectifs des soins et les interventions visent le traitement et le contrôle de l'état du patient/résident/client. Le patient/résident/client pourrait bénéficier de toutes les investigations/interventions appropriées qui lui sont offertes et les accepte, <b>y compris la réanimation.</b>        |
| <b>M</b><br>Soins médicaux et interventions, à l'exclusion de la réanimation            |  | Les objectifs des soins et les interventions visent le traitement et le contrôle de l'état du patient/résident/client. Le patient/résident/client pourrait bénéficier de toutes les investigations/interventions appropriées qui lui sont offertes et les accepte, <b>à l'exclusion de la réanimation.</b> |
| <b>C</b><br>Soins et interventions axés sur le confort, à l'exclusion de la réanimation |  | Les objectifs des soins et les interventions visent le confort maximal, le contrôle des symptômes et le maintien de la qualité de vie, <b>à l'exclusion de la réanimation.</b>   |

Si les objectifs des soins indiqués ci-dessus comprennent la réanimation, veuillez indiquer les interventions acceptées par le patient/résident/client :

- (a) défibrillation  (b) compressions thoraciques  (c) intubation  (d) soins intensifs/coronariens   
(e) soins intensifs/coronariens pour ventilation non invasive et traitement non invasif

Veuillez indiquer toutes les personnes ayant participé aux discussions portant sur les objectifs des soins en cochant la ou les boîtes appropriées.

- Patient/résident/client Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_  
 Membre(s) de la famille Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_  
 Mandataire spécial Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_  
 Fournisseur(s) de soins de santé Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Documentez les instructions ou les souhaits précis du patient/résident/client ou les détails des discussions avec les personnes ci-dessous au verso.

**Je confirme avoir discuté de mes objectifs des soins avec un membre de l'équipe de soins et que ce formulaire reflète avec précision le ou les choix que j'ai faits par rapport à la nature des soins que je souhaite recevoir. Je comprends qu'il s'agit d'un compte rendu de ma conversation avec l'équipe de soins et non pas d'une directive relative aux soins de santé telle que définie dans la *Consent to Treatment and Health Care Directives Act*.**

\_\_\_\_\_  
Signature du patient/résident/client/mandataire spécial

\_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

\_\_\_\_\_  
Nom et désignation de l'IA, l'IP ou le MD

\_\_\_\_\_  
Signature de l'IA, l'IP ou le MD

\_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

Les objectifs des soins ont été passés en revue avec le patient/résident/client et/ou le mandataire spécial et aucune modification n'est requise.

\_\_\_\_\_  
Nom et désignation de l'IA, l'IP ou le MD

\_\_\_\_\_  
Signature de l'IA, l'IP ou le MD

\_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj

**Si la révision entraîne des modifications aux objectifs des soins du patient/résident/client, un nouveau formulaire doit être rempli.**

