



Health Care Directive/Directive en matière de soins de santé

(Please type or print legibly/Prière de dactylographier ou d'écrire en caractères d'imprimerie)

This is the Health Care Directive of/Directive de

Name/Nom _____		
Address/Adresse _____		City/Ville _____
Province/Province _____	Postal Code/Code postal _____	Tel./Tél. (204) _____

■ PART 1 – Designation of a Health Care Proxy/■ 1re PARTIE – Désignation de mandataire

You may name one or more persons who will have the power to make decisions concerning your medical treatment when you lack the ability to make those decisions yourself. If you do not wish to name a proxy, you may skip this part.
Vous pouvez autoriser une ou plusieurs personnes à prendre les décisions concernant vos traitements médicaux au cas où vous deviendrez inhabile à les prendre vous-même. Si vous préférez ne pas désigner de mandataire, passez immédiatement à la 2e partie.

I hereby designate the following person(s) as my Health Care Proxy:/Je désigne par les présentes la ou les personnes suivantes à titre de mandataire:

Name of Proxy 1/Mandataire n° 1 _____
 Address/Adresse _____ City/Ville _____
 Province/Province _____ Postal Code/Code postal _____ Tel./Tél. () _____

Name of Proxy 2 (Optional)/Mandataire n°2(facultatif) _____
 Address/Adresse _____ City/Ville _____
 Province/Province _____ Postal Code/Code postal _____ Tel./Tél. () _____

If I have named more than one proxy, I wish them to act: consecutively ____ jointly____.
 (Initial or check your choice. If you do not, Proxy 2 will be deemed to act only if Proxy 1 cannot or will not act.)
Je désire que les mandataires que j'ai nommés, s'il y en a plus d'un, agissent séparément ____, ou conjointement ____.
 (Paraphez ou cochez à l'endroit choisi. À défaut de choix, le mandataire n°2 sera réputé agir séparément en cas d'incapacité du mandatiare n° 1.

I place no restriction on the ability of my Health Care Proxy to make medical decisions on my behalf when I lack the capacity to do so for myself, except as follows:
La présente autorisation que j'accorde à mon ou à mes mandataires de prendre des décisions d'ordre médical en mon nom lorsque je suis incapable de la faire moi-même n'est assortie d'aucune restriction, sauf de la suivante:

PART 2 – Treatment Instructions/ 2e PARTIE – Traitement

In this part, you may set out your instructions concerning medical treatment which you do or do not wish to receive and the circumstances in which you do or do not wish to receive that treatment. REMEMBER – your instructions can only be carried out if they are set out clearly and precisely. If you do not wish to express any treatment instructions, you may skip this part.

Dans la présente partie, vous pouvez donner vos directives en ce qui concerne les traitements médicaux que vous désirez ou ne désirez pas recevoir et décrire les circonstances dans lesquelles ces traitements peuvent ou non vous être administrés. SOUVENEZ-VOUS que vos directives ne peuvent être suivies que si elles sont claires et précises. Si vous préférez ne pas donner de directives au sujet de vos traitements médicaux, passez immédiatement à la 3e partie.

PART 3 – Signature and Date/3e PARTIE – Signature et date

In order to be valid this Health Care Directive **must** be dated and signed by you. No witness is required.
Vous devez dater et signer la présente formule pour qu'elle soit valide. Aucun témoin n'est nécessaire.

Signature/Signature _____ Date/Date _____

If you are unable to sign yourself, you may have someone sign on your behalf. In that case, the substitute must sign in your presence and in the presence of a witness. The proxy or the proxy's spouse cannot be the substitute signer or witness.

Si vous êtes dans l'incapacité de signer personnellement, vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de le faire à votre place. Dans ce cas, votre remplaçant doit signer en votre présence et en présence d'un témoin. Les mandataires et leur conjoint ne peuvent pas signer à titre de remplaçant ni de témoin.

Name of substitute/Nom du remplaçant _____

Address/Adresse _____

Signature/Signature _____

Date/Date _____

Name of witness/Nom du témoin _____

Address/Adresse _____

Signature/Signature _____

Date/Date _____