



## Section 1 : Données démographiques du patient

<p><b>Âge</b> : _____ ans</p> <p><b>Genre</b> (√) une :      <input type="checkbox"/>Homme    <input type="checkbox"/>Femme</p> <p><b>État civil actuel</b> (√) une :</p> <p><input type="checkbox"/> Marié(e) ou vivant maritalement</p> <p><input type="checkbox"/> Veuf ou veuve</p> <p><input type="checkbox"/> N'a jamais été marié(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou séparé(e), non remarié(e)</p> <p><b>Dernier lieu d'habitation au cours du dernier mois</b> (√) une :</p> <p>(Si hospitalisé(e), cocher le lieu d'habitation du mois avant l'hospitalisation)</p> <p><input type="checkbox"/> À la maison</p> <p><input type="checkbox"/> Résidence pour retraités</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de soins de longue durée</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation</p> <p><input type="checkbox"/> Unité dans un autre hôpital</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p>Vivez-vous seul(e)?    <input type="checkbox"/>Oui    <input type="checkbox"/>Non</p> <p><b>Services de soins à domicile</b></p> <p>Recevez-vous de services de santé à domicile/en résidence prodigués par un professionnel de la santé?</p> <p><input type="checkbox"/>Oui    <input type="checkbox"/>Non</p> <p><b>Lieu de votre dernière résidence</b> (√) une :</p> <p>(tel que noté ci-dessus)</p> <p><input type="checkbox"/>Campagne    <input type="checkbox"/>Ville</p> <p><b>Code Postal</b> : _____ <input type="checkbox"/>S/O (Non-Canadien)</p> <p><b>Assurance maladie</b> (√) tout ce qui s'applique :</p> <p><input type="checkbox"/> Nationale, provinciale ou autre assurance maladie gouvernementale</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance maladie complémentaire (Croix bleue, Sun Life, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance maladie privée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p> <p><b>Littératie en santé (Score REALM)</b> (√) ce qui est correct :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergique      <input type="checkbox"/> Jaunisse</p> <p><input type="checkbox"/> Anémie          <input type="checkbox"/> Dirigé(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Colite          <input type="checkbox"/> Constipation</p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue         <input type="checkbox"/> Ostéoporose</p> <p style="text-align: right;"><b>Total correct</b> : ___ / 8</p>	<p><b>Scolarité – plus haut niveau atteint</b> (√) une :</p> <p><input type="checkbox"/> École primaire (ou moins)</p> <p><input type="checkbox"/> École secondaire (incomplet)</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme secondaire V</p> <p><input type="checkbox"/> Collège (y compris CEGEP)/ école de formation professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme collégial (y compris DEC) / d'école de formation professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Cours universitaires</p> <p><input type="checkbox"/> Diplôme universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Études de 3e cycle</p> <p><b>Quelle importance la spiritualité ou la religion tient-elle dans votre vie?</b> (√) une :</p> <p><input type="checkbox"/> Extrêmement important</p> <p><input type="checkbox"/> Très important</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt important</p> <p><input type="checkbox"/> Pas très important</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout important</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>Vous identifiez-vous à un groupe religieux ou à une pratique religieuse officiels?</b> (√) une :</p> <p><input type="checkbox"/> Protestantisme (y compris Églises anglicane, baptiste, unie, méthodiste)</p> <p><input type="checkbox"/> Catholicisme</p> <p><input type="checkbox"/> Judaïsme</p> <p><input type="checkbox"/> Islam</p> <p><input type="checkbox"/> Sikhisme</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucun</p> <p><b>Origine ethnique (évaluation de l'intervieweur)</b></p> <p>La personne est-elle caucasienne?    <input type="checkbox"/>Oui    <input type="checkbox"/>Non</p> <p><b>Langue</b></p> <p>Outre l'anglais (ou le français si habite au Québec) parlez-vous une autre langue quotidiennement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Section 1 : INDEX DE FRAGILITÉ

1	0				-				
N° Site					N° recrutement				

**Veillez considérer votre forme physique globale, 2 semaines avant cette hospitalisation**

Dans quelle forme étiez-vous à ce moment-là? Ne cochez qu'une réponse. Si vous avez de la difficulté à départir deux choix, choisissez le degré de fonctionnement le plus élevé.

(√)	Description
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Très bonne forme (catégorie 1)</b></p>  <p>Personnes robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Elles sont le plus en forme pour leur âge.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Bonne forme (catégorie 2)</b></p>  <p><b>Aucun symptôme actif de maladie</b>, mais moins en forme que les gens de la catégorie 1. Souvent, ils font de l'exercice ou sont très <b>actifs à l'occasion</b> (p. ex. : selon les saisons). Les aînés « <i>en bonne forme</i> » partagent tous les attributs des gens en <i>très bonne forme</i>, sauf pour les exercices vigoureux réguliers. Comme eux, certains peuvent se plaindre de problèmes de mémoire, mais sans déficit objectif.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Se débrouille bien (catégorie 3)</b></p>  <p>Les problèmes médicaux sont bien gérés, mais, sauf pour la marche, les gens de cette catégorie ne font pas d'activités physiques régulières. Ceux qui sont traités pour des problèmes médicaux et qui font de l'exercice sont classés dans les catégories 1 ou 2.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Vulnérable (catégorie 4)</b></p>  <p>Ces gens <b>ne dépendent pas des autres</b> quotidiennement, mais leurs <b>symptômes limitent souvent leurs activités</b>. Se plaignent souvent d'être « <b>ralentis</b> » ou d'être <b>fatigués durant le jour</b>. Plusieurs personnes de cette catégorie n'évaluent leur santé pas mieux que « <b>passable</b> ». S'il y a des problèmes de mémoire, ceux-ci peuvent commencer à affecter le fonctionnement (p. ex. : avoir à vérifier une recette familiale, mal ranger des documents), mais habituellement ne remplissent pas les critères de démence. La famille note souvent un retrait – p. ex., ils ont besoin d'encouragement pour participer à des activités sociales.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Légèrement fragile (catégorie 5)</b></p>  <p><b>Ralentissement plus évident</b> : ont besoin d'aide pour des <b>activités « pointues » de la vie quotidienne</b> (finances, transport, travaux domestiques lourds, prise de médicaments). Les gens légèrement fragiles peuvent avoir de la difficulté à magasiner ou à marcher seuls à l'extérieur, à préparer les repas et à exécuter des travaux domestiques. Souvent, ils auront <b>plusieurs maladies</b> et prendront plusieurs médicaments. Cette catégorie inclut les gens présentant une <b>démence légère</b>. Les symptômes habituels comprennent l'oubli des détails concernant des événements récents, même s'ils se rappellent l'événement lui-même, poser les mêmes questions ou raconter la même histoire plusieurs fois dans la même journée, et le retrait social.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Moyennement fragile (catégorie 6)</b></p>  <p>Les individus ont besoin d'aide pour <b>toutes les activités extérieures</b> et pour <b>s'occuper de leur intérieur</b>. À l'intérieur, les <b>escaliers leur posent problème</b>; ils ont besoin d'aide pour <b>prendre leur bain</b> et peuvent avoir besoin d'un peu d'aide pour se vêtir (faire des suggestions, rester à proximité). Si la dépendance provient d'un problème de mémoire, la mémoire récente sera souvent très affectée, même si ces gens semblent très bien se rappeler leur vie passée.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Sévèrement fragile (catégorie 7)</b></p>  <p>Dépendent entièrement des autres pour la plupart des activités personnelles de la vie quotidienne comme s'habiller ou manger.</p>
<input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><b>Extrêmement fragile (catégorie 8)</b></p>  <p>Complètement dépendants, approchant la fin de vie. Typiquement, ces gens ne pourraient pas se rétablir d'une maladie, même légère.</p>

## Section 2 : Déterminants de la prise de décision

Maintenant, je vais vous poser des questions qui pourraient influencer vos prises de décision lorsque vous êtes malade.

1. **Avez-vous eu l'occasion de prendre des décisions médicales de fin de vie pour une autre personne dans un contexte quelconque (soins intensifs, hôpital, unité de soins palliatifs, etc.)?**

Oui     Non

2. **En règle générale, comment évaluez-vous votre état de santé?**

Excellente     Très bonne     Bonne     Passable     Pauvre

3. **En règle générale, comment évaluez-vous votre qualité de vie globale?**

Excellente     Très bonne     Bonne     Passable     Pauvre

*Intervieweur : pour les questions suivantes, veuillez présenter cette page au répondeur et lui demander de faire une marque sur la ligne pour indiquer son point de vue sur la question.*

Certaines personnes trouvent cette question délicate et difficile, mais essayez d'y répondre :

4. **La ligne ci-dessous représente la durée de vie totale d'une personne de la naissance, à l'extrême gauche, à la mort, à l'extrême droite. Veuillez faire sur la ligne une marque à l'endroit où vous vous voyez à ce moment-ci de votre vie.**

Naissance    | \_\_\_\_\_ |    Mort

*Intervieweur : après l'entrevue, veuillez mesurer en centimètres (cm) la distance entre le point d'ancrage gauche (naissance) jusqu'à cette marque, et inscrivez ici le résultat :*

\_\_\_\_\_ cm

**Si le répondeur n'a pas pu faire de marque sur la ligne de vie ci-dessus, veuillez cocher un autre choix de réponse ci-dessous :**

Le répondeur ne pouvait pas répondre (n'était pas capable de verbaliser une réponse)

Le répondeur a verbalisé sa réponse : \_\_\_\_\_

### Section 3 : Décisions concernant vos soins de santé avant votre hospitalisation

#### 1 a) Avez-vous entendu parler de la Planification Préalable des Soins?

- Oui     Non  
↓

#### b) Si oui, de quelle source?

- Télé ou autres media     Un fournisseur de soins de santé     Un membre de la famille ou un ami  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

La **planification préalable des soins** est le processus par lequel une personne réfléchit sur les décisions à prendre concernant ses soins futurs et indique ce qu'elle souhaite pour ses soins de fin de vie. Certaines personnes expriment par écrit leurs désirs quant aux personnes qui devront parler en leur nom, au type de traitements qu'elles voudraient (ou non) que l'on envisage, à la façon dont elles veulent vivre leur fin de vie et aux choses qui sont importantes pour elles lors de la prise de décisions essentielles. Il existe des formulaires que le médecin complète parfois pour le patient et qui contiennent les instructions concernant les soins de fin de vie (comme le formulaire de décision de ne pas réanimer ou de ne pas faire de réanimation cardiorespiratoire : formulaires « DNR » ou « NO CPR »).

#### 2. **Avant l'hospitalisation, avez-vous déjà considéré ou pensé aux types de traitements de maintien de la vie que vous voudriez ou ne voudriez pas que l'on utilise, dans la cas où votre santé physique se détériorerait?**

Par traitements de maintien de la vie, nous entendons l'utilisation de la réanimation cardio-respiratoire (RCR), des respirateurs, de la dialyse, de l'admission aux soins intensifs (SI), etc.

- Oui     Non

#### 3. **À propos de votre plan de soins global, s'il devait y avoir détérioration de votre santé, quelle option, à ce moment-ci, préféreriez-vous?**

*Intervieweur : veuillez remettre au répondant la CARTE 3 qui explique les traitements et options de survie.*

Veuillez ✓ une.

- Usage agressif de mesures extrêmes et de traitements de survie artificiels, y compris la réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour me garder en vie à tout prix.
- Soins médicaux complets, mais, en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire, pas de tentative de réanimation (pas de RCR)
- Les médecins devront se concentrer sur des soins de confort pour soulager la douleur et non sur des moyens artificiels pour me garder en vie ou sur des mesures extrêmes telles que tenter de prolonger ma vie par la RCR ou autres technologies de survie.
- Une combinaison des options ci-dessus (p. ex. : tenter de régler les problèmes, mais, en cas d'échec, se concentrer sur des soins de confort, même si cela précipite la mort).
- Incertain

4. Êtes-vous à l'aise lorsque vous pensez aux choix de traitements médicaux de votre fin de vie?

- Très mal à l'aise
- Assez mal à l'aise
- Neutre (ni mal à l'aise, ni à l'aise)
- Assez à l'aise
- Très à l'aise

5. Dans l'énumération des traitements de maintien de la vie suivants, veuillez indiquer le degré d'importance que vous accordez à chacun lorsque vous pensez à vos soins médicaux :

Veuillez encrer une réponse de 1 à 10 pour chaque question, « 1 » n'étant « pas du tout important » et « 10 » étant « très important ».

Question	Importance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très important	Incertain, pas décidé
a) Que je sois confortable et que je ne souffre pas est :	Pas du tout important												
b) Que j'aie plus de temps avec ma famille est :	Pas du tout important												
c) Que je vive le plus longtemps possible est :	Pas du tout important												
d) Qu'on évite de m'attacher à des machines et à des tubes est :	Pas du tout important												
e) Que l'on n'étire pas ma mort est :	Pas du tout important												
f) La croyance selon laquelle la nature doit pouvoir suivre son cours est :	Pas du tout important												
g) La croyance selon laquelle la vie doit être préservée est :	Pas du tout important												
h) Que je respecte le désir des autres membres de ma famille concernant mes soins est :	Pas du tout important												

6. Avant l'hospitalisation, est-ce qu'un membre de l'équipe de soins vous a déjà parlé d'organiser une rencontre entre vous, votre famille et le médecin pour discuter de l'utilisation de traitements de maintien de la vie que vous voudriez recevoir ou non, dans l'éventualité où votre santé physique se détériorerait?

- Oui
- Non

7. Avant l'hospitalisation, avez-vous discuté avec quelqu'un de vos préférences concernant l'utilisation ou non de traitements de maintien de la vie?

- Oui
- Non



Si Oui, veuillez compléter le tableau de la page suivante :

	En avez-vous discuté avec :	Si oui, à quelle fréquence?	Si oui, quand avez-vous discuté de vos préférences la dernière fois avec votre _____	Vous souvenez-vous de l'élément déclencheur ou de ce qui a précipité la conversation? (Encerclez tout ce qui s'applique)	Lieu où cette conversation s'est déroulée
	O = Oui N = Non	1. Une fois 2. Quelques fois 3. Régulièrement	1. Il y a plus d'un an 2. Dans la dernière année 3. Dans les derniers six mois 4. Dans le dernier mois 5. Dans la dernière semaine	1. Crise de santé personnelle antérieure ou détérioration de la santé 2. Expérience passée avec les TFV impliquant une personne chère 3. Le médecin a abordé la question 4. Le fait de vieillir 5. Autre (préciser)	1. À la maison 2. À l'hôpital 3. Bureau du médecin /clinique 4. Bureau d'avocat / de notaire 5. Autre
i. Médecin de famille	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
ii. Autre médecin	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
iii. Infirmière	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
iv. Travailleur social	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
v. Accompagnement spirituel	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
vi. Membre(s) famille	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
vii. Mandataire	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
viii. Avocat/Notaire	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5
ix. Autre (préciser) _____	O N	1 2 3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 _____	1 2 3 4 5



## Section 4 : Objectifs de vos soins de santé durant la présente hospitalisation

**Les questions suivantes concernent les traitements que vous voudriez ou ne voudriez pas recevoir si, au cours de CETTE HOSPITALISATION, votre état se détériorait au point de mettre votre vie en danger.** Par exemple, certains patients pourraient recevoir des traitements de maintien de la vie durant leur maladie tandis que d'autres, non. Par traitements de maintien de la vie, nous entendons l'utilisation de la réanimation cardio-respiratoire (RCR), des respirateurs, de la dialyse, de l'admission aux soins intensifs (SI), etc. Des traitements médicaux de confort et pour alléger la souffrance sont offerts à tous les patients, mais il est possible que l'utilisation d'interventions technologiques de survie ne soit pas voulue ou ne convienne pas à tous les patients. **Veillez noter que certaines de ces questions peuvent ne pas être pertinentes à votre situation particulière, puisque nous interrogeons plusieurs personnes qui pourraient avoir des problèmes de santé plus sérieux que le vôtre.**

(Intervieweur : veuillez remettre au répondeur la CARTE 4 ).

		Quelle importance accordez-vous à cette question de soins?					Si OUI, étiez-vous satisfait de la façon dont ça s'est déroulé?				
		Pas du tout important	Pas très important	Plutôt important	Très important	Extrêmement important	Pas du tout satisfait	Pas très satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait	Entièrement satisfait
<b>Depuis votre admission, est-ce qu'un membre de l'équipe de soins... (lisez ceci avant chaque question)</b>											
1. vous a demandé si vous aviez eu des discussions <u>préalables</u> ou produit des documents écrits relatifs à l'utilisation de traitements de maintien de la vie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. vous a offert d' <u>organiser une rencontre</u> avec vous, votre famille et le médecin pour discuter des choix et des plans de traitements?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. vous a donné des informations sur la planification préalable des soins à regarder <u>avant</u> cette conversation avec le médecin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. vous a parlé d'un pauvre <u>pronostic</u> ou laissé entendre de quelque manière qu'il vous restait peu de temps à vivre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. vous a demandé ce qui était important pour vous au sujet des décisions à prendre sur vos soins de santé, à ce moment-ci de votre vie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. vous a parlé des résultats, des bénéfices et des fardeaux (ou risques) des traitements médicaux de maintien de la vie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5





	1 Pas du tout	2 Pas très	3 Plutôt	4 Très	5 Complètement
9. Êtes-vous satisfait d'avoir reçu de bons soins <i>au cours du dernier mois</i> , lorsqu'aucun parent ou ami ne pouvait être auprès de vous?					
10. Êtes-vous satisfait d'avoir pu gérer les coûts associés à votre maladie <i>au cours du dernier mois</i> ?					
11. Êtes-vous satisfait de l'environnement ou de l'ambiance dans lesquels vous avez été soigné <i>au cours du dernier mois</i> ?					
12. Êtes-vous satisfait que les soins et les traitements que vous avez reçus <i>au cours du dernier mois</i> étaient conformes à vos souhaits?					
<b>Communication</b>					
13. Êtes-vous satisfait des explications franches et <u>honnêtes</u> que votre médecin vous a transmises au sujet de votre maladie, <i>au cours du dernier mois</i> ?					
14. Êtes-vous satisfait que tous les médecins et infirmières qui prenaient soin de vous <i>au cours du dernier mois</i> vous aient fourni des informations <u>constantes</u> sur votre état de santé?					
15. Êtes-vous satisfait de l'écoute des médecins <i>au cours du dernier mois</i> ?					
<b>Prise de décision</b>					
16. Êtes-vous satisfait des discussions avec votre ou vos médecins au cours du dernier mois concernant l'endroit où vous seriez soigné (à l'hôpital, à la maison ou ailleurs) si votre condition s'aggravait?					
17. Êtes-vous satisfait des discussions que vous avez eues <i>au cours du dernier mois</i> avec le ou les médecins à propos de l'utilisation de technologies de maintien de la vie (p. ex. : RCR ou réanimation cardiorespiratoire, respirateurs, dialyse)?					
18. Êtes-vous satisfait de votre rôle <i>au cours du dernier mois</i> dans la prise de décision concernant vos soins médicaux?					
19. Êtes-vous satisfait des discussions que vous avez eues <i>au cours du dernier mois</i> avec un membre de votre famille, ou quelqu'un qui déciderait pour vous, concernant vos souhaits pour vos soins futurs dans le cas où vous seriez incapable de prendre vos propres décisions?					
<b>Sentiment de paix</b>					
20. Êtes-vous satisfait de votre sentiment de paix <i>au cours du dernier mois</i> ?					

**Section 6**

**1. Quelle est « la » chose qui fait que c'est très difficile pour vous de participer à des discussions sur les traitements médicaux de fin de vie?**

---

---

---

**2. Quelle est « la » chose qui s'est vraiment bien déroulée pour vous lors de vos expériences de discussions précédentes sur les traitements médicaux de fin de vie?**

---

---

---

*Intervieweur : Veuillez inscrire l'heure de la fin du questionnaire sur la première page*

**Section 7 : Documentation de la planification préalable des soins (PPS)/  
des Directives préalables (DP) au dossier médical à la fin de l'interview :**

**1. Au moment de l'interview, quelle personne /quel service était principalement chargé des soins du patient?**

- |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin de soins primaires (médecin de famille du patient)<br><input type="checkbox"/> Unité d'enseignement clinique<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Service d'un hospitaliste<br><input type="checkbox"/> Service d'une sous-spécialité |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**2. a) Votre hôpital utilise-t-il une pochette standardisée ou tout autre moyen pour localiser facilement les outils de PPS/DP dans le dossier médical?**

- Oui     Non

**b) Si oui, la pochette (ou autre outil) était-elle sur le dossier le jour de l'entrevue?**

- Oui     Non

**3. Quel était la PPS/FOS<sup>1</sup> sur le dossier, le jour de l'entrevue? Précisez ci-dessous :**

Contenu	Outil présent dans le dossier médical?	Date complété AAAA/MM/JJ	Outil complété?	Objectifs de soins indiqués sur document (Cf. taxonomie de la page suivante)
a) Formulaire <i>Goals of Care designation / Level of intervention / MOST</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
b) Formulaire DNR/DNAR/No CPR /Formulaire de choix de soins/R3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
c) Accord de représentation /Directives personnelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
d) PPS dans feuilles d'évolution	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
Si Oui à d), a-t-on documenté sur feuilles d'évolution une conversation qui aurait eu lieu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
e) Directives préalables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
f) Testament de vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
g) Documents "My voice"/"Respecting Choice"/"Let me Decide"	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	
h) Autre, veuillez préciser: _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement	

**4. Y a-t-il des évidences dans le dossier indiquant qu'un membre de l'équipe de soins aurait tenté de joindre le médecin de famille de ce patient ou un travailleur de services communautaires (comme un employé de centre de soins de longue durée) au sujet des souhaits préalablement exprimés de ce patient?**

Oui     Non

<sup>1</sup> FOS = Formulation des objectifs de soins

**Taxonomie sur la Formulation des Objectifs de Soins**

**Alberta :** R1 R2 R3 M1 M2 C1 C2

Vous référer à *Alberta Health Services Goals of Care Designation Order* pour une description de chaque formulation.

**Colombie Britannique :** DNAR DNAR1 DNAR2 DNAR3 DNAR4

Vous référer à *Providence Healthcare DNAR orders* pour une description de chaque formulation.

**MOST M1 M2 M3 C1 C2**

Vous référer à *Fraser Health Medical Orders for Scope of Treatment* pour une description de chaque formulation.

**Toutes les autres régions :** 1 2 3 4 5 6 7

1—Utilisation agressive de mesures extrêmes et de traitements artificiels de maintien de la vie, y compris la RCR pour me garder en vie à tout prix.

2— Soins médicaux complets, mais, en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire, pas de tentative de réanimation (pas de RCR)

3— Les médecins devront se concentrer sur des soins de confort pour soulager la douleur et non sur des moyens artificiels pour me garder en vie ou sur des mesures extrêmes telles que tenter de prolonger ma vie par la RCR ou autres technologies de survie.

4— Une combinaison des options ci-dessus (p. ex. : tenter de régler les problèmes, mais, en cas d'échec, se concentrer sur des soins de confort, même si cela précipite la mort).

5— Incertain, la documentation n'est pas claire.

6— Non documenté

7— Autre (préciser) : \_\_\_\_\_