



OBJECTIFS DE SOINS ET RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

⚠ Ce formulaire ne remplace pas le consentement aux soins.

Pour plus d'information, consulter le *Guide de discussion et d'utilisation du formulaire normalisé*.

La discussion sur les objectifs de soins fait partie des bonnes pratiques et devrait, selon le jugement clinique, être initiée et poursuivie tout au long de la trajectoire de soins de la personne. La discussion doit également avoir lieu avec toute personne qui en fait la demande ou qui mentionne avoir enregistré des Directives médicales anticipées (DMA).

DOCUMENTATION : Les décisions sont alimentées par la discussion dont les principaux éléments sont consignés au verso du formulaire, suivant l'évaluation de l'aptitude de l'utilisateur pour cette fin.

1. OBJECTIFS DE SOINS

Selon l'objectif de soins, détailler les interventions mentionnées lors de la discussion : *dialyse, hydratation, alimentation forcée ou artificielle, transfusion sanguine, etc.* **Les soins proposés doivent être, à la fois, cliniquement indiqués et cohérents avec le projet de vie de la personne.**

Objectif P – PROLONGATION de la vie par tous les soins nécessaires

Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées.

Objectif E – ÉQUILIBRE des soins entre la prolongation de la vie et le confort

Les soins proposés comprennent les interventions cliniquement indiquées. Ils visent notamment à corriger ou à limiter la détérioration de l'état de santé de la personne et à assurer son confort physique, psychique et spirituel. Les interventions peuvent entraîner un inconfort jugé acceptable par l'utilisateur ou son représentant, le cas échéant.

Intubation d'urgence : Oui Non Documenter si d'autres soins sont jugés inacceptables compte tenu du faible potentiel de récupération et/ou des effets indésirables.

Objectif C – CONFORT de la personne sans avoir pour but de prolonger la vie

Cet objectif vise d'abord le confort par tous les soins nécessaires et non la prolongation de la vie. Les soins proposés visent exclusivement la gestion des symptômes dans le but de maintenir le confort physique, psychique et spirituel. Une intervention habituellement donnée à des fins curatives peut être proposée, mais uniquement parce qu'elle représente la meilleure option pour soulager l'inconfort.

2. DÉCISION RELATIVE À LA RCR

Tenter la RCR Ne PAS tenter la RCR (Ordonnance de non-réanimation)

Documenter si la RCR n'est pas cliniquement indiquée ou si l'utilisateur refuse une tentative de RCR ou certaines manœuvres (p. ex. compressions thoraciques) :

3. TRANSFERT HOSPITALIER

Le transfert de l'utilisateur vers un centre hospitalier vise à lui offrir un soin cliniquement indiqué et cohérent avec son objectif de soins, mais qui ne peut pas être donné dans son milieu de vie ou de soins. Au terme de la discussion, l'utilisateur ou son représentant accepte ou refuse un éventuel transfert.

Accepte Refuse Documenter : _____

4. SIGNATURE

Médecin résident	Nom (lettres moulées)	N° de permis	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Professionnel autorisé*, précisez :	Nom (lettres moulées)	N° de permis / prescripteur	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Coordonnées				

5. APTITUDE ET CAPACITÉ À FORMULER UN OBJECTIF DE SOINS

Personne majeure : Apte Inapte

Personne mineure : < 14 ans ≥ 14 ans ≥ 14 ans inapte

Représentant légal* (nom, prénom, lien avec l'utilisateur et type de représentant, coordonnées):

Documenter les raisons de l'inaptitude : _____

La discussion a eu lieu avec (cocher toute case applicable): Usager Représentant** Assistant au majeur

Représentant/Assistant au majeur (nom, prénom, lien avec l'utilisateur et type de représentant, coordonnées):

6. VOLONTÉS ANTÉRIEURES OU CONCOMITANTES

(Cocher et demander une copie)

Directives médicales anticipées (DMA) Niveau de soins/Niveau d'intervention médicale (NIM) Autre : _____

Mandat de protection Demande anticipée d'aide médicale à mourir (DAAMM) Aucune

7. DISCUSSION

A. Noter, le cas échéant :

- l'état de santé, les valeurs, les préférences, les craintes de l'utilisateur et le contexte clinique
- les informations pertinentes partagées par l'équipe soignante
- les informations relatives aux volontés antérieures ou concomitantes, aux dons d'organes, aux soins palliatifs et de fin de vie
- si la discussion a été difficile ou conflictuelle

B. Noter toute information pertinente transmise par des proches et pouvant aider à préciser les volontés de l'utilisateur.

Nom, prénom, lien avec l'utilisateur

Informations

Remettre une copie à l'utilisateur ou à son représentant

8. RÉVISION

La discussion doit être reprise sur une base régulière et doit être révisée dans les situations suivantes :

- lors d'une nouvelle admission ou si pertinent lors d'un congé
- lors d'un changement significatif de l'état de santé de l'utilisateur
- lors d'un changement de milieu de vie ou de soins
- à la demande de l'utilisateur ou, le cas échéant, de son représentant
- si l'équipe soignante signale la nécessité d'une révision
- et au moins une fois par année pour les personnes résidant en CHSLD ou en maison des aînés.

⚠ S'il y a un changement relatif à l'objectif de soins, à la RCR ou au transfert hospitalier, remplir un nouveau formulaire
Sinon, fournir les informations ci-dessous :

Date (aaaa/mm/jj)	Nom / Situation professionnelle	N° de permis / prescripteur	Signature	Information
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			
	Médecin résident			
	Professionnel autorisé			

* Mandataire, tuteur. Si la personne est mineure : titulaire de l'autorité parentale (père, mère, tuteur)

** Représentant légal ou, à défaut d'une telle représentation : conjoint[e] (marié[e], union civile ou union de fait) ; proche parent ; personne qui témoigne de l'intérêt