

# CINQ VOLONTÉS<sup>®</sup> FIVE WISHES<sup>®</sup>

## MES VOLONTÉS POUR :

1 La personne qui décidera des soins dont j'ai besoin si je ne suis pas en mesure de le faire moi-même

2 Le type de traitement médical que je veux ou ne veux pas recevoir

3 L'état de bien-être auquel j'aspire

4 La manière dont je veux que l'on me traite

5 Ce que je souhaite faire savoir à mes proches

votre nom  
(en caractère d'imprimerie)

print your name

date de naissance

birthdate



# Cinq Volontés

**N**ombreuses sont les choses de la vie que nous ne maîtrisons pas. Cette brochure *Cinq Volontés* vous permet de décider de quelque chose de très important : le genre de traitement que vous recevrez si vous tombez gravement malade. Il s'agit d'un formulaire facile à remplir qui vous permet d'exprimer exactement vos volontés. Une fois rempli et correctement signé, il devient un document légal valide dans la plupart des états des États-Unis.

## Cinq Volontés, qu'est-ce que c'est ?

Cinq Volontés est le premier testament de vie qui aborde vos besoins personnels, émotionnels et spirituels ainsi que vos volontés au niveau médical. Il vous permet de choisir la personne qui prendra les décisions de traitement médical à votre place si vous n'êtes plus en mesure de les prendre vous-même. Cinq Volontés vous permet de dire exactement quel traitement vous souhaitez recevoir si vous

tombez gravement malade. Ce document a été rédigé avec l'aide de la Commission des lois sur le vieillissement de l'*American Bar Association* (le barreau américain) et des meilleurs experts des États-Unis pour les soins médicaux en fin de vie. Il est également simple à utiliser. Il vous suffit de cocher une case, d'entourer une directive ou d'écrire quelques phrases.

## Quelle est l'utilité de Cinq Volontés pour vous et votre famille ?

- Il vous permet de discuter avec votre famille, vos amis et votre médecin du genre de traitement que vous recevrez si vous tombez gravement malade.
- Les membres de votre famille n'auront pas à deviner ce que vous voulez. Cela les protège si vous tombez gravement malade car il n'auront pas à prendre de décisions très difficiles sans connaître vos volontés.
- Vous pouvez savoir ce que votre mère, père, conjoint, ou ami(e) souhaite grâce à un testament de vie Cinq Volontés. Vous pouvez être là pour eux quand ils en ont le plus besoin. Vous comprendrez ce qu'ils veulent vraiment.

## Les débuts de Cinq Volontés

Jim Towe a travaillé pendant 12 ans en proche collaboration avec Mère Teresa et pendant un an, il a vécu dans un centre de soins palliatifs qu'elle dirigeait à Washington, DC. Inspiré par cette expérience pratique, M. Towe a recherché un moyen pour les patients et leurs familles de faire des plans pour faire face à une

maladie grave. Le document Cinq Volontés en est le résultat et il a été particulièrement bien accueilli. Il a été présenté sur CNN et dans l'émission Today de NBC ainsi que dans les pages des magazines *Time et Money*. Les journaux ont appelé Cinq Volontés le premier « testament de vie qui vient du coeur ».

## Qui devrait utiliser Cinq Volontés ?

Cinq Volontés est pour toute personne d'au moins 18 ans : personne mariée, célibataire, parents, enfants adultes et amis. Plus de huit millions d'Américains de tous âges l'ont déjà utilisé. Il est tellement pratique que

les conseils juridiques, les médecins, les hôpitaux et les centres de soins palliatifs, les groupes confessionnels, les employeurs et les associations de retraités distribuent ce document.

## États reconnaissant Cinq Volontés

Si vous habitez dans le **District de Columbia** ou dans l'un des **40 états** répertoriés ci-dessous, vous pouvez utiliser Cinq Volontés et avoir l'esprit tranquille en sachant qu'il répond aux exigences juridiques de votre état :

Alaska	Idaho	Missouri	Rhode Island
Arizona	Illinois	Montana	Caroline du Sud
Arkansas	Iowa	Nebraska	Dakota du Sud
Californie	Louisiane	New Jersey	Tennessee
Colorado	Maine	Nouveau-Mexique	Vermont
Connecticut	Maryland	New York	Virginie
Delaware	Massachusetts	Caroline du Nord	Washington
Floride	Michigan	Dakota du Nord	Virginie Occidentale
Géorgie	Minnesota	Oklahoma	Wisconsin
Hawaii	Mississippi	Pennsylvanie	Wyoming

Si votre état n'est pas inclus dans cette liste, Cinq Volontés ne répond pas aux exigences techniques de la législation de votre état. Pour cette raison, certains médecins de votre état peuvent hésiter à accepter le document Cinq Volontés. Toutefois, nombreuses sont les personnes des états non inclus qui remplissent le document Cinq Volontés en parallèle avec le formulaire légal de leur état. Elles trouvent que Cinq Volontés les aide à exprimer tout ce qu'elles veulent et constitue un guide utile pour les membres de leur famille ainsi que leurs amis, soignants et médecins. La plupart des médecins et des professionnels de la santé savent qu'ils doivent être à l'écoute de vos volontés quelle que soit la manière dont vous les exprimez.

## Comment puis-je adopter Cinq Volontés ?

Vous avez peut-être déjà un testament de vie ou une procuration permanente pour vos soins médicaux. Si vous préférez utiliser Cinq Volontés, il vous suffit de remplir et signer un nouveau document Cinq Volontés comme indiqué. Dès qu'il est signé, il remplace toutes directives que vous aviez données au préalable. Pour vous assurer que le formulaire adéquat est utilisé, veuillez procéder comme suit :

- Détruisez tous les exemplaires de votre ancien testament de vie ou procuration permanente pour soins médicaux; ou inscrivez "revoked" (révoqué) en diagonale sur la feuille. Dites-le à votre conseiller juridique s'il vous a aidé à préparer ces anciens documents. *ET*
- Dites à votre Représentant thérapeutique, aux membres de votre famille et à votre médecin que vous avez rempli le nouveau document Cinq Volontés. Assurez-vous qu'ils sont au courant de vos nouvelles volontés.

# 1<sup>ère</sup> VOLONTÉ — WISH 1

**La personne qui décidera pour moi des soins dont j'ai besoin si je ne suis pas en mesure de le faire moi-même.**

**The Person I Want To Make Health Care Decisions For Me When I Can't Make Them For Myself.**

*Si je ne peux plus prendre mes propres décisions de soins médicaux, ce formulaire donne le nom de la personne que j'ai choisie pour prendre ces décisions à ma place. Cette personne sera mon Représentant thérapeutique (ou tout autre terme qui pourrait être utilisé dans mon état, tel que fondé de pouvoir, mandataire ou tuteur). Cette personne prendra les décisions relatives aux soins médicaux dont j'ai besoin si les deux situations suivantes se produisent :*

- *mon médecin traitant juge que je ne suis plus capable de prendre des décisions sur les soins médicaux dont j'ai besoin, ET*
- *un autre professionnel de la santé reconnaît que cela est vrai.*

*Si l'état où je réside utilise une méthode différente pour juger de mon incapacité à prendre des décisions sur les soins médicaux dont j'ai besoin, la méthode invoquée par l'état doit prévaloir.*

*If I am no longer able to make my own health care decisions, this form names the person I choose to make these choices for me. This person will be my Health Care Agent (or other term that may be used in my state, such as proxy, representative, or surrogate). This person will make my health care choices if both of these things happen:*

- *My attending or treating doctor finds I am no longer able to make health care choices, AND*
- *Another health care professional agrees that this is true.*

*If my state has a different way of finding that I am not able to make health care choices, then my state's way should be followed.*

## **Comment choisir la personne qui sera votre Représentant thérapeutique Picking The Right Person To Be Your Health Care Agent**

Choisissez quelqu'un que vous connaissez très bien, qui a de l'affection pour vous et qui peut prendre des décisions difficiles. Un conjoint ou un parent proche peut **ne pas** être le meilleur choix parce qu'il est trop impliqué émotionnellement. Parfois, ces personnes **sont** le meilleur choix. C'est à vous de juger. Choisissez quelqu'un qui peut défendre vos droits afin que vos volontés soient respectées. Choisissez également quelqu'un qui habite près de chez vous afin qu'il puisse vous aider quand vous en avez besoin. Que vous choisissiez votre conjoint, un membre de votre famille, ou un ami comme votre Représentant thérapeutique, parlez-lui de ces volontés et assurez-vous qu'il accepte de les respecter et de les exécuter. Votre Représentant thérapeutique **doit avoir au moins 18 ans** (au moins 21 ans dans le Colorado) et ne doit pas être :

- votre prestataire de soins médicaux, y compris le propriétaire ou l'exploitant d'un établissement de soins, ou centre médical ou maison médicalisée qui vous prodiguerait des soins.
- un employé ou conjoint d'employé de votre prestataire de soins médicaux.
- au service de 10 personnes ou plus en tant qu'agent ou représentant, sauf si cette personne est votre conjoint ou un parent proche.

Choose someone who knows you very well, cares about you, and who can make difficult decisions. A spouse or family member may not be the best choice because they are too emotionally involved. Sometimes they **are** the best choice. You know best. Choose someone who is able to stand up for you so that your wishes are followed. Also, choose someone who is likely to be nearby so that they can help when you need them. Whether you choose a spouse, family member, or friend as your Health Care Agent, make sure you talk about these wishes and be sure that this person agrees to respect and follow your wishes. Your Health Care Agent should be **at least 18 years or older** (in Colorado, 21 years or older) and should **not** be:

- Your health care provider, including the owner or operator of a health or residential or community care facility serving you.
- An employee or spouse of an employee of your health care provider.
- Serving as an agent or proxy for 10 or more people unless he or she is your spouse or close relative.

## La personne que je choisis pour être mon Représentant thérapeutique est :

### The Person I Choose As My Health Care Agent Is:

Nom de la première personne choisie *First Choice Name*

Téléphone *Phone*

Adresse *Address*

Ville/État/Code postal *City/State/Zip*

Si cette personne ne peut pas ou ne souhaite pas prendre ces décisions pour moi, *OU* si nous sommes divorcés ou légalement séparés, *OU* si cette personne est décédée, je choisis alors les personnes suivantes :

If this person is not able or willing to make these choices for me, *OR* is divorced or legally separated from me, *OR* this person has died, then these people are my next choices:

Nom de la deuxième personne choisie *Second Choice Name*

Nom de la troisième personne choisie *Third Choice Name*

Adresse *Address*

Adresse *Address*

Ville/État/Code postal *City/State/Zip*

Ville/État/Code postal *City/State/Zip*

Téléphone *Phone*

Téléphone *Phone*

### Si je change d'avis sur ma représentation thérapeutique, je

### If I Change My Mind About Having A Health Care Agent, I Will

- détruirai tous les exemplaires de cette section du formulaire Cinq Volontés. *OU*
- dirai à quelqu'un, tel que mon médecin ou ma famille, que je veux annuler ou changer de Représentant thérapeutique. *OU*
- j'inscrirai le mot "Revoked" (Révoqué) en grand sur le nom de chaque représentant dont je souhaite annuler l'autorité et j'apposerai ma signature sur cette page.

- Destroy all copies of this part of the Five Wishes form. *OR*
- Tell someone, such as my doctor or family, that I want to cancel or change my Health Care Agent. *OR*
- Write the word "Revoked" in large letters across the name of each agent whose authority I want to cancel. Sign my name on that page.

*Je comprends que mon Représentant thérapeutique peut prendre des décisions médicales pour moi. Je veux qu'il puisse :* **(Veuillez rayer toute mention non applicable pour votre Représentant thérapeutique.)**

*I understand that my Health Care Agent can make health care decisions for me. I want my Agent to be able to do the following:* **(Please cross out anything you don't want your Agent to do that is listed below.)**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre à ma place des décisions sur les soins ou services médicaux me concernant, tels qu'examen, médicaments, intervention chirurgicale. Ces soins ou services peuvent être destinés à rechercher la cause de mes problèmes médicaux ou la manière de les traiter. Ils peuvent également inclure des soins pour me maintenir en vie. Si le traitement ou les soins ont déjà commencé, mon Représentant thérapeutique peut décider de les continuer ou de les arrêter.</li> <li>• Interpréter toutes directives de ma part, incluses dans ce document ou données au cours de discussions, en fonction de sa compréhension de mes volontés et valeurs.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Make choices for me about my medical care or services, like tests, medicine, or surgery. This care or service could be to find out what my health problem is, or how to treat it. It can also include care to keep me alive. If the treatment or care has already started, my Health Care Agent can keep it going or have it stopped.</li> <li>• Interpret any instructions I have given in this form or given in other discussions, according to my Health Care Agent's understanding of my wishes and values.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentir à mon admission dans une résidence médicalisée, un hôpital, un centre de soins palliatifs ou une maison de repos, en mon nom. Mon Représentant thérapeutique peut embaucher tout type de personnel de santé dont je peux avoir besoin pour m'aider ou prendre soin de moi. Il peut également renvoyer le personnel de santé le cas échéant.</li> <li>• Décider d'exiger, d'interrompre ou de ne pas administrer de traitements médicaux, y compris l'alimentation et hydratation artificielles, et tout autre traitement pour me maintenir en vie.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consent to admission to an assisted living facility, hospital, hospice, or nursing home for me. My Health Care Agent can hire any kind of health care worker I may need to help me or take care of me. My Agent may also fire a health care worker, if needed.</li> <li>• Make the decision to request, take away or not give medical treatments, including artificially-provided food and water, and any other treatments to keep me alive.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser et approuver la communication de mon dossier médical et de mes dossiers personnels. Si ma signature est nécessaire pour obtenir ces dossiers, mon Représentant thérapeutique peut signer à ma place.</li> <li>• M'amener dans un autre état pour obtenir les soins dont j'ai besoin afin d'exécuter mes volontés.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• See and approve release of my medical records and personal files. If I need to sign my name to get any of these files, my Health Care Agent can sign it for me.</li> <li>• Move me to another state to get the care I need or to carry out my wishes.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoriser ou refuser d'autoriser tout médicament ou procédure nécessaire pour soulager la douleur.</li> <li>• S'adresser aux tribunaux le cas échéant pour que mes volontés soient respectées.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Authorize or refuse to authorize any medication or procedure needed to help with pain.</li> <li>• Take any legal action needed to carry out my wishes.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un don de mes organes ou tissus tel qu'autorisé par la loi.</li> <li>• Faire pour moi une demande de prestation auprès de Medicare, Medicaid, ou de tout autre programme ou compagnie d'assurance. Mon Représentant thérapeutique peut consulter mes fichiers personnels, tels que mes relevés bancaires afin de pouvoir remplir ces formulaires de demande.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donate useable organs or tissues of mine as allowed by law.</li> <li>• Apply for Medicare, Medicaid, or other programs or insurance benefits for me. My Health Care Agent can see my personal files, like bank records, to find out what is needed to fill out these forms.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout ajout, modification, ou restriction apportés au pouvoir de mon Représentant thérapeutique est indiqué ci-dessous.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Listed below are any changes, additions, or limitations on my Health Care Agent's powers.</li> </ul>   |

---



---



---

# 2<sup>e</sup> VOLONTÉ — WISH 2

## Ma volonté sur le type de traitement médical que je veux ou ne veux pas recevoir.

### My Wish For The Kind Of Medical Treatment I Want Or Don't Want.

*Ma vie est précieuse et je mérite d'être traité(e) avec dignité. Si le moment où je suis gravement malade arrive et que je ne peux pas décider moi-même, je veux que les volontés suivantes et toute autre directive que j'ai donnée à mon Représentant thérapeutique soient respectées et exécutées.*

*I believe that my life is precious and I deserve to be treated with dignity. When the time comes that I am very sick and am not able to speak for myself, I want the following wishes, and any other directions I have given to my Health Care Agent, to be respected and followed.*

#### Ce que vous devez savoir en tant que prestataire de soins

- Je ne veux pas souffrir. Je veux que mon médecin me donne suffisamment de médicaments pour soulager la douleur, même si cela signifie que je somnolerai ou dormirai davantage.
- Je ne veux pas que mes médecins ou infirmiers fassent ou omettent de faire quoi que ce soit avec l'intention de mettre fin à mes jours.
- Je veux que l'on m'offre de la nourriture ou des liquides oralement, rester propre et avoir chaud.

#### What You Should Keep In Mind As My Caregiver

- I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means that I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.
- I do not want anything done or omitted by my doctors or nurses with the intention of taking my life.
- I want to be offered food and fluids by mouth, and kept clean and warm.

#### En cas d'urgence

#### In Case Of An Emergency

En cas d'urgence médicale et quand les secouristes arrivent, ils peuvent chercher à savoir si vous portez un bracelet ou un formulaire **Pas de réanimation** (Do Not Resuscitate). De nombreux états exigent qu'un formulaire **Pas de réanimation** soit rempli et signé par un médecin. Ce formulaire indique au personnel ambulancier que vous ne voulez pas qu'ils utilisent de traitement de maintien en vie quand vous êtes mourant. Veuillez consulter votre médecin pour savoir si le formulaire **Pas de réanimation** doit être rempli.

If you have a medical emergency and ambulance personnel arrive, they may look to see if you have a **Do Not Resuscitate** form or bracelet. Many states require a person to have a **Do Not Resuscitate** form filled out and signed by a doctor. This form lets ambulance personnel know that you don't want them to use life-support treatment when you are dying. Please check with your doctor to see if you need to have a **Do Not Resuscitate** form filled out.

## Ce que “traitement de maintien en vie” signifie pour moi

Le traitement de maintien en vie signifie toute procédure médicale, appareil ou médicament administrés pour me maintenir en vie. Le traitement de maintien en vie comprend : les appareils médicaux placés sur moi pour m'aider à respirer (respiration artificielle) ; l'alimentation et l'eau fournies par un dispositif médical (alimentation par sonde) ; la réanimation cardio-respiratoire (RCR) ; les opérations lourdes ; les transfusions sanguines ; la dialyse ; les antibiotiques et tout ce qui a pour but de me maintenir en vie. Si je souhaite limiter la portée du traitement de maintien en vie en raison de mes convictions religieuses ou personnelles, j'inscris cette restriction dans l'espace ci-dessous. J'apporte ces précisions afin que mes volontés et les conditions les régissant soient très claires.

---

---

---

---

---

## What “Life-Support Treatment” Means To Me

Life-support treatment means any medical procedure, device or medication to keep me alive. Life-support treatment includes: medical devices put in me to help me breathe; food and water supplied by medical device (tube feeding); cardiopulmonary resuscitation (CPR); major surgery; blood transfusions; dialysis; antibiotics; and anything else meant to keep me alive. If I wish to limit the meaning of life-support treatment because of my religious or personal beliefs, I write this limitation in the space below. I do this to make very clear what I want and under what conditions.

*Voici le type de traitement médical que je veux ou ne veux pas recevoir dans les quatre situations ci-dessous. Je veux que mon Représentant thérapeutique, ma famille, mes médecins et autres prestataires de soins médicaux connaissent ces directives.*

*Here is the kind of medical treatment that I want or don't want in the four situations listed below. I want my Health Care Agent, my family, my doctors and other health care providers, my friends and all others to know these directions.*

### À l'approche de la mort :

Si mon médecin ou un autre professionnel de la santé décide que je vais vraisemblablement décéder dans peu de temps et qu'un traitement de maintien en vie ne ferait que retarder le moment de ma mort (choisissez *une seule* des possibilités suivantes) :

### Close to death:

If my doctor and another health care professional both decide that I am likely to die within a short period of time, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

- Je veux un traitement de maintien en vie.**

I want to have life-support treatment.

- Je ne veux pas de traitement de maintien en vie. S'il a été démarré, je veux qu'il soit interrompu.**

I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.

- Je veux un traitement de maintien en vie si mon médecin pense que cela pourrait m'aider. Mais je veux que mon médecin cesse le traitement de maintien en vie si cela n'aide ni mon état de santé ni les symptômes dont je souffre.**

I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## En cas de coma sans espoir de réveil ni de rétablissement :

Si mon médecin et un autre professionnel de la santé décident tous les deux que je suis dans un coma dont je ne devrais pas me réveiller ni me rétablir, que je souffre de lésions cérébrales et qu'un traitement de maintien en vie ne ferait que retarder le moment de ma mort (choisissez *une seule* des possibilités suivantes) :

- Je veux un traitement de maintien en vie.**  
I want to have life-support treatment.
- Je ne veux pas de traitement de maintien en vie. S'il a été démarré, je veux qu'il soit interrompu.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Je veux un traitement de maintien en vie si mon médecin pense que cela pourrait m'aider. Mais je veux que mon médecin cesse le traitement de maintien en vie si cela n'aide ni mon état de santé ni mes symptômes.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## Lésions cérébrales permanentes et graves sans espoir de rétablissement :

Si mon médecin et un autre professionnel de la santé décident tous les deux que je souffre de lésions cérébrales permanentes et graves (je peux, par exemple, ouvrir les yeux mais je ne peux ni parler ni comprendre), qu'il n'y a pas d'espoir que mon état s'améliore, et qu'un traitement pour maintenir des fonctions vitales ne ferait que retarder le moment de ma mort (choisissez *une seule* des possibilités suivantes) :

- Je veux un traitement de maintien en vie.**  
I want to have life-support treatment.
- Je ne veux pas de traitement de maintien en vie. S'il a été démarré, je veux qu'il soit interrompu.**  
I do not want life-support treatment. If it has been started, I want it stopped.
- Je veux un traitement de maintien en vie si mon médecin pense que cela pourrait m'aider. Mais je veux que mon médecin cesse le traitement de maintien en vie si cela n'aide ni mon état de santé ni mes symptômes.**  
I want to have life-support treatment if my doctor believes it could help. But I want my doctor to stop giving me life-support treatment if it is not helping my health condition or symptoms.

## In A Coma And Not Expected To Wake Up Or Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I am in a coma from which I am not expected to wake up or recover, and I have brain damage, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Permanent And Severe Brain Damage And Not Expected To Recover:

If my doctor and another health care professional both decide that I have permanent and severe brain damage, (for example, I can open my eyes, but I can not speak or understand) and I am not expected to get better, and life-support treatment would only delay the moment of my death (Choose *one* of the following):

## Autre état dans lequel je ne souhaite pas être maintenu(e) en vie :

S'il existe un autre état pour lequel je ne souhaite pas recevoir de traitement de maintien en vie, je le décris ci-dessous. Étant dans cet état, je pense que le coût et le fardeau que représente le traitement de maintien en vie sont trop lourds et ne valent pas les avantages que je peux en retirer. Dans ces conditions, je ne veux pas de traitement de maintien en vie. (Vous pouvez inscrire par exemple, « Phase terminale ». Cela signifie que votre état de santé a empiré. Vous ne pouvez pas vous débrouiller seul de quelque manière que ce soit, mentalement ou physiquement. Le traitement de maintien en vie artificiellement ne vous permettra pas de vous rétablir. Ne remplissez pas cet espace si vous n'avez aucun autre état à décrire.)

---

---

---

---

---

## In Another Condition Under Which I Do Not Wish To Be Kept Alive:

If there is another condition under which I do not wish to have life-support treatment, I describe it below. In this condition, I believe that the costs and burdens of life-support treatment are too much and not worth the benefits to me. Therefore, in this condition, I do not want life-support treatment. (For example, you may write “end-stage condition.” That means that your health has gotten worse. You are not able to take care of yourself in any way, mentally or physically. Life-support treatment will not help you recover. Please leave the space blank if you have no other condition to describe.)

*Les trois prochaines volontés abordent mes volontés personnelles, spirituelles et émotionnelles. Elles sont importantes pour moi. Je veux être traité(e) avec dignité lorsque j'arrive en fin de vie, pour cette raison, j'aimerais que l'on respecte les indications présentes dans les 3e, 4e et 5e Volontés, si elles peuvent être accomplies. Je comprends que ma famille, mes médecins et autres prestataires de soins médicaux, mes amis et d'autres personnes peuvent ne pas être capables d'accomplir ces volontés ou que la loi ne les oblige pas à les accomplir. Je ne m'attends pas à ce que les volontés qui suivent deviennent des obligations juridiques nouvelles ou supplémentaires pour mes médecins ou autres prestataires de soins médicaux. Je ne m'attends pas non plus à ce que ces volontés dispensent mes médecins ou autres prestataires de soins médicaux de me fournir les soins adéquats requis par la loi.*

*The next three wishes deal with my personal, spiritual and emotional wishes. They are important to me. I want to be treated with dignity near the end of my life, so I would like people to do the things written in Wishes 3, 4, and 5 when they can be done. I understand that my family, my doctors and other health care providers, my friends, and others may not be able to do these things or are not required by law to do these things. I do not expect the following wishes to place new or added legal duties on my doctors or other health care providers. I also do not expect these wishes to excuse my doctor or other health care providers from giving me the proper care asked for by law.*

# 3<sup>e</sup> VOLONTÉ — WISH 3

## Ma Volonté sur le niveau de bien-être auquel j'aspire.

### My Wish For How Comfortable I Want To Be.

(Veuillez rayer tout ce qui ne vous convient pas.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je ne veux pas souffrir. Je veux que mon médecin me donne suffisamment de médicaments pour soulager la douleur, même si cela signifie que je somnolerai ou dormirai davantage.</li></ul>                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• I do not want to be in pain. I want my doctor to give me enough medicine to relieve my pain, even if that means I will be drowsy or sleep more than I would otherwise.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Si j'ai des symptômes de dépression, nausée, essoufflement ou hallucination, je veux que mes soignants fassent tout ce qu'ils peuvent pour m'aider.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• If I show signs of depression, nausea, shortness of breath, or hallucinations, I want my caregivers to do whatever they can to help me.</li></ul>                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que l'on pose un linge humide sur mon front si j'ai de la fièvre.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have a cool moist cloth put on my head if I have a fever.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je veux que mes lèvres et ma bouche soient humectées pour arrêter la sécheresse.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I want my lips and mouth kept moist to stop dryness.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je veux avoir des bains chauds souvent. Je souhaite être propre en permanence.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have warm baths often. I wish to be kept fresh and clean at all times.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite recevoir des massages avec des huiles tièdes aussi souvent que possible.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be massaged with warm oils as often as I can be.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que l'on joue ma musique préférée si possible jusqu'au moment de ma mort.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my favorite music played when possible until my time of death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite recevoir des soins d'hygiène personnelle, par exemple, que l'on me rase, me coupe les ongles, me brosse les cheveux et me brosse les dents, tant que cela ne provoque ni douleur ni inconfort.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have personal care like shaving, nail clipping, hair brushing, and teeth brushing, as long as they do not cause me pain or discomfort.</li></ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que l'on me lise à haute voix des textes religieux et des poèmes que j'aime, à l'approche de la mort.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have religious readings and well-loved poems read aloud when I am near death.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite connaître les options que le centre de soins palliatifs peut proposer sur le plan médical, affectif et spirituel pour moi et mes proches.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to know about options for hospice care to provide medical, emotional and spiritual care for me and my loved ones.</li></ul>   |

# 4<sup>e</sup> VOLONTÉ — WISH 4

## Ma Volonté sur la manière dont je veux que les gens me traitent.

### My Wish For How I Want People To Treat Me.

(Veuillez rayer tout ce qui ne vous convient pas.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- Je souhaite que des gens soit autour de moi quand cela est possible. Je veux que quelqu'un soit près de moi quand la mort peut survenir à tout moment.

- I wish to have people with me when possible. I want someone to be with me when it seems that death may come at any time.

- Je souhaite que l'on me tienne la main et que l'on me parle autant que possible, même si je ne semble pas répondre quand les autres me parlent ou me touchent.

- I wish to have my hand held and to be talked to when possible, even if I don't seem to respond to the voice or touch of others.

- Je souhaite que des gens prient à mes côtés autant que possible.

- I wish to have others by my side praying for me when possible.

- Je souhaite que des membres de la même religion que moi sachent que je suis malade, prient pour moi et me rendent visite.

- I wish to have the members of my faith community told that I am sick and asked to pray for me and visit me.

- Je souhaite que l'on prenne soin de moi avec bonté et gaîté et non avec tristesse.

- I wish to be cared for with kindness and cheerfulness, and not sadness.

- Je souhaite avoir des photos de ceux que j'aime dans ma chambre, près de mon lit.

- I wish to have pictures of my loved ones in my room, near my bed.

- Si je ne suis pas capable de maîtriser mes intestins ou ma vessie, je souhaite que mes vêtements et mes draps soient propres et qu'ils soient changés dès que possible s'ils ont été salis.

- If I am not able to control my bowel or bladder functions, I wish for my clothes and bed linens to be kept clean, and for them to be changed as soon as they can be if they have been soiled.

- Je veux mourir chez moi, si cela est possible.

- I want to die in my home, if that can be done.

# 5<sup>e</sup> VOLONTÉ — WISH 5

## Ma Volonté sur ce que je veux faire savoir à mes proches.

### My Wish For What I Want My Loved Ones To Know.

(Veuillez rayer tout ce qui ne vous convient pas.)

(Please cross out anything that you don't agree with.)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille et mes amis sachent que je les aime.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my family and friends know that I love them.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite obtenir leur pardon pour toutes les fois où j'ai blessé ma famille, mes amis, et d'autres personnes.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to be forgiven for the times I have hurt my family, friends, and others.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille, mes amis et d'autres personnes sachent que je leur pardonne s'ils m'ont fait du mal.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish to have my family, friends and others know that I forgive them for when they may have hurt me in my life.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille et mes amis sachent que je n'ai pas peur de la mort en soi. Je pense que ce n'est pas la fin, mais un nouveau commencement pour moi.</li></ul>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to know that I do not fear death itself. I think it is not the end, but a new beginning for me.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que tous les membres de ma famille fassent la paix les uns avec les autres avant ma mort, s'ils le peuvent.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for all of my family members to make peace with each other before my death, if they can.</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille et mes amis pensent à ce que j'étais avant de tomber gravement malade. Je veux qu'ils gardent ce souvenir de moi après ma mort.</li></ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to think about what I was like before I became seriously ill. I want them to remember me in this way after my death.</li></ul>                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille, mes amis et mes soignants respectent mes volontés même s'ils ne sont pas d'accord.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends and caregivers to respect my wishes even if they don't agree with them.</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Je souhaite que ma famille et mes amis considèrent mon décès comme un moment d'épanouissement personnel pour tous, et aussi pour moi. Cela m'aidera à donner un sens à mes derniers jours.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• I wish for my family and friends to look at my dying as a time of personal growth for everyone, including me. This will help me live a meaningful life in my final days.</li></ul> |

• Je souhaite que ma famille et mes amis reçoivent une aide psychologique si ma mort leur pose problème. Je veux que les souvenirs qu'ils ont de ma vie leur apporte de la joie et non de la tristesse.

• I wish for my family and friends to get counseling if they have trouble with my death. I want memories of my life to give them joy and not sorrow.

• Après mon décès, j'aimerais que mon corps soit (entourez votre préférence) :  
enterré ou incinéré.

• After my death, I would like my body to be (circle one): buried or cremated.

• Mon corps ou ma dépouille mortelle devront être placés à l'endroit suivant

• My body or remains should be put in the following location

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

• La personne suivante connaît mes volontés funéraires :

• The following person knows my funeral wishes:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Si quiconque demande comment je veux que l'on se souvienne de moi, veuillez dire ce qui suit :

*If anyone asks how I want to be remembered, please say the following about me:*

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

En cas de service célébré à ma mémoire, je souhaite qu'il comprenne les éléments suivants (indiquez les musiques, chansons, lectures ou vos autres demandes particulières) :

*If there is to be a memorial service for me, I wish for this service to include the following (list music, songs, readings or other specific requests that you have):*

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

(Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour toute autre volonté. Par exemple, vous voudriez peut-être faire don de votre corps ou de vos organes à votre mort. Veuillez joindre une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace.)

*(Please use the space below for any other wishes. For example, you may want to donate any or all parts of your body when you die. Please attach a separate sheet of paper if you need more space.)*

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

## Signature du formulaire Cinq Volontés

*Veillez vous assurer de signer votre formulaire Cinq Volontés devant deux témoins.*

*Je, \_\_\_\_\_, demande que ma famille, mes médecins et autres prestataires de soins médicaux, mes amis et toute autre personne, respectent mes volontés telles qu'elles ont été communiquées par mon Représentant thérapeutique (si j'en ai un et s'il est disponible) ou exprimées dans le présent formulaire. Le présent formulaire devient valable quand je ne suis plus capable de prendre des décisions ou de parler pour moi-même. Si une partie quelconque du présent formulaire ne peut être juridiquement valable, je demande à ce que toutes les autres sections du présent formulaire soient respectées. Je révoque également toute directive préalable de soins médicaux que j'ai pu donner auparavant.*

Signature *Signature:* \_\_\_\_\_

Adresse *Address:* \_\_\_\_\_

Téléphone *Phone:* \_\_\_\_\_ Date *Date:* \_\_\_\_\_

## Déclaration des témoins · (2 témoins requis) :

Je, témoin, déclare que la personne qui a signé ou reconnu le présent formulaire (nommé ci-après « la personne ») est une personne que je connais personnellement, qui a signé ou reconnu ce ou ces [formulaire(s) du Représentant thérapeutique et/ou de testament de vie] en ma présence, et qu'elle semble être saine d'esprit et ne pas faire l'objet de contrainte, de fraude ni d'abus d'influence.

Je déclare également que j'ai plus de 18 ans et que je ne suis PAS :

- la personne nommée en tant que (Représentant/fondé de pouvoir/tuteur/défenseur des droits du patients/curateur) dans le présent document ni son successeur,
- le prestataire de soins médicaux de cette personne, y compris le propriétaire ou l'exploitant d'un établissement de soins médicaux à long terme ou centre médical ou maison médicalisée qui vous prodiguerait des soins,
- employé du prestataire de soins médicaux de cette personne,
- Financièrement responsable des soins médicaux de cette personne,
- employé d'une compagnie d'assurance-maladie ou d'assurance-vie pour cette personne,
- apparenté à cette personne par le sang, un mariage, ou une adoption, et,
- qu'à ma connaissance, un créancier de cette personne ou un ayant droit à une partie quelconque de son patrimoine tel qu'inscrit dans un testament ou codicille en vertu de la loi.

*(Certains états peuvent être moins exigeants sur qui peut servir de témoins. Sauf dans le cas où vous connaissez la réglementation en vigueur dans votre état, veuillez suivre les règles ci-dessus.)*

## Signing The Five Wishes Form

*Please make sure you sign your Five Wishes form in the presence of the two witnesses.*

*I, \_\_\_\_\_, ask that my family, my doctors, and other health care providers, my friends, and all others, follow my wishes as communicated by my Health Care Agent (if I have one and he or she is available), or as otherwise expressed in this form. This form becomes valid when I am unable to make decisions or speak for myself. If any part of this form cannot be legally followed, I ask that all other parts of this form be followed. I also revoke any health care advance directives I have made before.*

## Witness Statement · (2 witnesses needed):

I, the witness, declare that the person who signed or acknowledged this form (hereafter "person") is personally known to me, that he/she signed or acknowledged this [Health Care Agent and/or Living Will form(s)] in my presence, and that he/she appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

I also declare that I am over 18 years of age and am NOT:

- The individual appointed as (agent/proxy/surrogate/patient advocate/representative) by this document or his/her successor,
- The person's health care provider, including owner or operator of a health, long-term care, or other residential or community care facility serving the person,
- An employee of the person's health care provider,
- Financially responsible for the person's health care,
- An employee of a life or health insurance provider for the person,
- Related to the person by blood, marriage, or adoption, and,
- To the best of my knowledge, a creditor of the person or entitled to any part of his/her estate under a will or codicil, by operation of law.

*(Some states may have fewer rules about who may be a witness. Unless you know your state's rules, please follow the above.)*

Signature du premier témoin n° 1 *Signature of Witness #1*

Signature du deuxième témoin n° 2 *Signature of Witness #2*

Nom du témoin en caractère d'imprimerie  
*Printed Name of Witness*

Nom du témoin en caractère d'imprimerie  
*Printed Name of Witness*

Adresse *Address*

Adresse *Address*

Téléphone *Phone*

Téléphone *Phone*

## Certification • Notarization •

Requise uniquement pour les résidents des états du Missouri, de Caroline du Nord, Caroline du Sud et Virginie Occidentale  
Only required for residents of Missouri, North Carolina, South Carolina and West Virginia

- *Si vous habitez dans le Missouri, seule votre signature doit être certifiée par un « notaire public ».*
- *Si vous vivez en Caroline du Nord, Caroline du Sud ou Virginie Occidentale, votre signature et les signatures de vos témoins doivent être certifiées par « notaire public ».*
- *If you live in Missouri, only your signature should be notarized.*
- *If you live in North Carolina, South Carolina or West Virginia, you should have your signature, and the signatures of your witnesses, notarized.*

STATE OF \_\_\_\_\_

COUNTY OF \_\_\_\_\_

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, the said \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, and \_\_\_\_\_, known to me (or satisfactorily proven) to be the person named in the foregoing instrument and witnesses, respectively, personally appeared before me, a Notary Public, within and for the State and County aforesaid, and acknowledged that they freely and voluntarily executed the same for the purposes stated therein.

My Commission Expires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public

**Les habitants du WISCONSIN doivent joindre aux Cinq Volontés l’avis de déclaration de l’État du WISCONSIN.**

**Residents of WISCONSIN must attach the WISCONSIN notice statement to Five Wishes.**

Pour obtenir plus de renseignements et l’avis de déclaration, rendez-vous sur le site [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

More information and the notice statement are available at [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org).

**Les personnes résidant dans des établissements situés en CALIFORNIE, CAROLINE DU SUD, CONNECTICUT, DAKOTA DU NORD, DELAWARE, GÉORGIE, NEW YORK ET VERMONT doivent observer des règles spéciales pour les témoins.**

**Residents of Institutions In CALIFORNIA, CONNECTICUT, DELAWARE, GEORGIA, NEW YORK, NORTH DAKOTA, SOUTH CAROLINA, AND VERMONT Must Follow Special Witnessing Rules.**

*Si vous vivez dans certains établissements (une maison médicalisée, un autre établissement de soins à long terme agréé, un établissement pour déficients mentaux ou handicapés mentaux, ou un établissement psychiatrique) dans l’un des états indiqués ci-dessus, vous devrez peut-être suivre des règles spéciales pour les témoins afin que le document Cinq Volontés soit valide. Pour de plus amples informations, veuillez contacter l’assistant(e) social(e) ou un défenseur des droits du patient dans votre établissement.*

*If you live in certain institutions (a nursing home, other licensed long term care facility, a home for the mentally retarded or developmentally disabled, or a mental health institution) in one of the states listed above, you may have to follow special “witnessing requirements” for your Five Wishes to be valid. For further information, please contact a social worker or patient advocate at your institution.*

## Que faire une fois que vous avez rempli le document Cinq Volontés ?

- Assurez-vous de signer devant témoin le formulaire comme indiqué dans les instructions. Votre document Cinq Volontés sera alors juridiquement valide.
  - Parlez de vos volontés à votre Représentant thérapeutique, aux membres de votre famille et à ceux qui ont de l'affection pour vous. Donnez-leur des exemplaires du document Cinq Volontés rempli.
  - Conservez l'original que vous avez signé dans un endroit spécial à votre domicile. Ne le mettez PAS dans un coffre-fort. Conservez-le près de vous pour que quelqu'un puisse le trouver quand vous en avez besoin.
  - J'ai donné un exemplaire du document Cinq Volontés rempli aux personnes suivantes :
- Remplissez la carte ci-dessous. Portez-la sur vous. Ainsi les gens sauront où vous conservez le document Cinq Volontés.
  - Parlez à votre médecin lors de votre prochaine visite. Donnez-lui une copie du document Cinq Volontés. Assurez-vous qu'il est placé dans votre dossier médical. Assurez-vous que votre médecin comprenne vos volontés et qu'il accepte de les respecter. Demandez-lui de les communiquer aux autres médecins qui vous soignent afin qu'ils respectent vos Volontés.
  - Si vous êtes hospitalisé ou admis dans une maison médicalisée, prenez un exemplaire du document Cinq Volontés avec vous. Demandez à ce qu'il soit placé dans votre dossier médical.
  - I have given the following people copies of my completed Five Wishes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Le document Cinq Volontés veut vous aider à prévoir l'avenir. Il n'a pas vocation à vous donner des conseils juridiques. Il n'essaie pas de répondre à toutes les questions qui pourraient se poser. Chacun est différent et aucune situation n'est la même. Les lois changent de temps en temps. Si vous avez une question ou un problème spécifique, discutez-en avec un professionnel de la santé ou du droit.

Five Wishes is meant to help you plan for the future. It is not meant to give you legal advice. It does not try to answer all questions about anything that could come up. Every person is different, and every situation is different. Laws change from time to time. If you have a specific question or problem, talk to a medical or legal professional for advice.

### Carte portefeuille Cinq Volontés

<p><b>Important Notice to Medical Personnel:</b> I have a Five Wishes Advance Directive.</p> <p><i>Avis important au personnel médical : Je suis porteur des volontés de fin de vie Cinq Volontés.</i></p> <p>_____ Signature Signature</p> <p>Please consult this document and/or my Health Care Agent in an emergency. My Agent is:</p> <p><i>Veillez consulter ce document et/ou mon Représentant thérapeutique en cas d'urgence.</i></p> <p>Mon Représentant est :</p> <p>_____ Name Nom</p> <p>_____ Address Adresse City/State/Zip Ville/État/Code postal</p> <p>_____ Phone Téléphone</p>	<p>My primary care physician is:</p> <p><i>Mon médecin traitant est :</i></p> <p>_____ Name Nom</p> <p>_____ Address Adresse City/State/Zip Ville/État/Code postal</p> <p>_____ Phone Téléphone</p> <p>My document is located at:</p> <p><i>Mon document se trouve :</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Coupez la carte, pliez-la et plastifiez-la pour la protéger

## Témoignages sur le document Cinq volontés :

« Cela fait bientôt un an que ma mère est décédée. Nous savions ce qu'elle voulait parce qu'elle avait le testament de vie Cinq volontés. À la fin, mon frère et moi ne nous posions plus aucune question sur ce qu'il fallait faire. Nous avons l'esprit tranquille. »

Cheryl K.  
Longwood, Florida

« Je dois avouer que j'aime beaucoup votre formulaire Cinq volontés. Il est clair, facile à comprendre et ne s'attarde pas sur les problèmes concrets des soins médicaux mais sur les problèmes qui ont une véritable importance : les soins de la personne. Je l'ai utilisé pour moi-même et mon mari. »

Susan W.  
Flagstaff, Arizona

« Je ne veux pas que mes enfants aient à prendre les décisions que je dois prendre pour ma mère. Je n'avais jamais imaginé qu'il y ait eut autant d'options médicales à considérer. Je vous remercie pour ce formulaire sensible et attentionné. Je peux simplement le remplir et le conserver dans mes dossiers pour mes enfants. »

Diana W.  
Hanover, Illinois

Cinq volontés a été créé par Aging with Dignity, une organisation à but non lucratif ayant pour mission d'aider les personnes à planifier les soins qu'elles souhaitent recevoir en cas de maladie grave. Le processus de Cinq volontés doit son existence à une subvention généreuse de la fondation Robert Wood Johnson.

Five Wishes was created by Aging with Dignity, a nonprofit organization with a mission to help people plan and receive the care they want in case of a serious illness. Development of Five Wishes was made possible by a grant from The Robert Wood Johnson Foundation.

## Aging with Dignity

P.O. Box 1661  
Tallahassee, Florida 32302-1661  
[www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org)  
1-888-594-7437

La traduction des Cinq Volontés a été  
rendue possible grâce au soutien de

Translations of Five Wishes made  
possible through support from



United Health Foundation<sup>SM</sup>

Services de traduction professionnelle assurés par

Professional translation services provided by

Language Services Associates

*Cinq Volontés est une marque de Aging with Dignity (Vieillir dans la dignité). Tous droits réservés. Le contenu de la présente documentation est protégé par un droit d'auteur accordé à Aging with Dignity. Aucune section de cette documentation ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris par photocopie, enregistrement ou tout système de stockage et recherche documentaire, sans l'autorisation écrite de Aging with Dignity. Bien que le contenu du présent document soit protégé par un droit d'auteur, vous pouvez le photocopier afin de fournir une copie de votre formulaire Cinq Volontés rempli à votre médecin, votre prestataire de soins, votre Représentant thérapeutique, les membres de votre famille ou autres proches. Toute autre reproduction ou utilisation de Cinq Volontés exige l'autorisation de Aging with Dignity. Aging with Dignity souhaite remercier Oregon Health Decisions pour sa contribution à la rédaction de la 2e volonté, et Kate Callahan, Charles Sabatino et Tere Saenz pour leur aide*

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) • 1-888-594-7437

*Five Wishes is a trademark of Aging with Dignity. All rights reserved. The contents of this publication are copyrighted materials of Aging with Dignity. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without written permission from Aging with Dignity. While the contents of this document are copyrighted, you are permitted to photocopy them to provide a copy of your completed Five Wishes form to your physician, care provider, Health Care Agent, family members, or other loved ones. All other reproductions or uses of Five Wishes require permission from Aging with Dignity. Aging with Dignity wishes to thank Oregon Health Decisions for contributing to the drafting of wish number two, and Kate Callahan, Charles Sabatino, and Tere Saenz for their help.*

(5/07) © 2007 Aging with Dignity, PO Box 1661, Tallahassee, Florida 32302-1661 • [www.agingwithdignity.org](http://www.agingwithdignity.org) • 1-888-594-7437