



État de l'Illinois  
Département de la santé publique

**FORMULAIRE UNIFORME DE DIRECTIVES DE TRAITEMENT  
MAINTIEN EN VIE À L'INTENTION DES PRATICIENS DE L'IDPH  
(POLST)**

**Pour les patients :** L'utilisation de ce formulaire est entièrement volontaire. Si vous le souhaitez, faites-vous accompagner par une personne de confiance lorsque vous discutez du formulaire POLST avec un prestataire de soins de santé. **Pour les prestataires de soins de santé :** Ne remplir ce formulaire qu'après avoir discuté avec le patient ou son représentant. Le processus de prise de décision POLST s'adresse aux patients qui risquent de subir un événement clinique mettant leur vie en danger parce qu'ils souffrent d'un état pathologique grave limitant leur espérance de vie, ce qui peut inclure une fragilité avancée. En cas de changement significatif de leur état de santé, il peut être nécessaire de rédiger de nouvelles directives.

<b>INFORMATIONS SUR LE PATIENT.</b> Pour les patients : L'utilisation de ce formulaire est entièrement volontaire.			
Nom de famille du patient		Prénom du patient	
Date de naissance (mm/jj/aaaa)		Adresse (rue/ville/état/code postal)	
<b>A</b> <i>Une réponse obligatoire</i>	<b>DIRECTIVES POUR LE PATIENT EN ARRÊT CARDIAQUE.</b> À suivre si le patient n'a PAS de pouls.		
	<input type="checkbox"/> <b>OUI, RCP : Tenter une réanimation cardio-pulmonaire (RCP).</b> Utiliser toutes les modalités indiquées selon le protocole médical standard. (Il faut choisir <b>Traitement complet</b> dans la section B).		<input type="checkbox"/> <b>PAS DE RCP : Ne pas tenter de réanimation (DNAR).</b>
<b>B</b> <i>La section peut être laissée vide</i>	<b>POUR UN PATIENT QUI N'EST PAS EN ARRÊT CARDIAQUE.</b> À suivre si le patient a un pouls. L'objectif est de maximiser le confort, quelle que soit l'option de traitement choisie. (Si aucune option n'est sélectionnée, suivre le traitement complet.)		
	<input type="checkbox"/> <b>Traitement complet : L'objectif principal est de tenter de prévenir l'arrêt cardiaque en utilisant tous les traitements indiqués.</b> Utiliser l'intubation, la ventilation mécanique, la cardioversion et tous les autres traitements indiqués.		
	<input type="checkbox"/> <b>Traitement sélectif : L'objectif principal est de traiter les affections médicales avec des mesures médicales limitées.</b> Ne pas intuber ou utiliser de ventilation mécanique invasive. Peut utiliser des formes non invasives de pression positive des voies respiratoires, y compris la CPAP et la BiPAP. Utilisation autorisée de perfusion IV, antibiotiques, vasopresseurs et antiarythmiques selon les indications. Transfert à l'hôpital si indiqué.		
<input type="checkbox"/> <b>Traitement axé sur le confort : L'objectif principal est de maximiser le confort par la gestion des symptômes. Permettre la mort naturelle.</b> Utiliser des médicaments par n'importe quelle voie si nécessaire. Utiliser l'oxygène, l'aspiration et le traitement manuel de l'obstruction des voies respiratoires. Ne pas utiliser les traitements énumérés dans la rubrique Traitement complet et sélectif, à moins qu'ils ne soient compatibles avec l'objectif de confort. Transfert à l'hôpital uniquement si le confort du patient ne peut être obtenu dans l'environnement actuel.			
<b>C</b> <i>La section peut être laissée vide</i>	<b>Directives ou instructions supplémentaires.</b> Ces directives s'ajoutent à celles mentionnés ci-dessus (par exemple, ne pas administrer de produits sanguins ; pas de dialyse). [Les protocoles du SAMU peuvent limiter la capacité des intervenants des urgences à agir selon les directives de cette section.]		
<b>D</b> <i>La section peut être laissée vide</i>	<b>DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION MÉDICALEMENT ADMINISTRÉE</b> Proposer de la nourriture par voie orale si elle est tolérée. (En l'absence de sélection, suivre la norme de soins).		
	<input type="checkbox"/> Fournir une alimentation et une hydratation artificielles par tout moyen, y compris par voie entérale existante ou nouvelle.		
	<input type="checkbox"/> Période d'essai pour la nutrition et l'hydratation artificielles mais PAS de sondes placées par voie chirurgicale.		
<input type="checkbox"/> Aucune nutrition ou hydratation artificielle demandée.			
<b>E</b> <i>Obligatoire</i>	<b>Signature du patient ou du représentant légal.</b> (Les documents signés par voie électronique sont acceptés).		
	<input checked="" type="checkbox"/> Nom en majuscules ( <b>obligatoire</b> )		Date
	Signature ( <b>obligatoire</b> ) J'ai discuté des options de traitement et des objectifs de soins avec un professionnel de la santé. Si je signe en tant que représentant légal, à ma connaissance, les traitements choisis sont conformes aux préférences du patient.		
	<input checked="" type="checkbox"/>		
Relation du signataire avec le patient :		<input type="checkbox"/> Agent en vertu d'une procuration relative aux soins de santé	
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent d'un mineur		<input type="checkbox"/> Décideur suppléant en matière de soins de santé (voir page 2 pour la liste des priorités)	
<b>F</b> <i>Obligatoire</i>	<b>Praticien de soins de santé qualifié.</b> Médecin, interne autorisé (deuxième année ou plus), infirmier en pratique avancée ou assistant médical (les documents signés par voie électronique sont acceptés).		
	<input checked="" type="checkbox"/> Nom du praticien autorisé en majuscules ( <b>obligatoire</b> )		Téléphone



State of Illinois  
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR  
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

**For patients:** Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient’s representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

<b>PATIENT INFORMATION.</b> For patients: Use of this form is completely voluntary.				
Patient Last Name		Patient First Name		MI
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		Address (street/city/state/ZIP code)		
<b>A</b> <i>Required to Select One</i>	<b>ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has NO pulse.			
	<input type="checkbox"/> <b>YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR).</b> Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing <b>Full Treatment</b> in Section B.)		<input type="checkbox"/> <b>NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR).</b>	
<b>B</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<b>ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST.</b> Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.)			
	<input type="checkbox"/> <b>Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments.</b> Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated.			
	<input type="checkbox"/> <b>Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures.</b> Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated.			
<b>C</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<input type="checkbox"/> <b>Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death.</b> Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting.			
	<b>Additional Orders or Instructions.</b> These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.]			
<b>D</b> <i>Section may be Left Blank</i>	<b>ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION.</b> Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.)			
	<input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes.			
	<input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes.			
<b>E</b> <i>Required</i>	<input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired.			
	<b>Signature of Patient or Legal Representative.</b> (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Name ( <b>required</b> )		Date	
	Signature ( <b>required</b> ) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient’s preferences.			
<b>F</b> <i>Required</i>	Relationship of Signee to Patient:		<input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care	
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)	
	<input type="checkbox"/> Parent of minor			
<b>F</b> <i>Required</i>	<b>Qualified Health Care Practitioner.</b> Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name ( <b>required</b> )		Phone	
	Signature of Authorized Practitioner ( <b>required</b> ) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient’s medical condition and preferences.		Date ( <b>required</b> )	

Signature du praticien autorisé ( <i>obligatoire</i> ) À ma connaissance, ces directives sont conformes à l'état médical et aux préférences du patient.		Date ( <i>obligatoire</i> )	
<b>X</b>			
<b>**CETTE PAGE EST FACULTATIVE - à utiliser à des fins d'information**.</b>			
Nom de famille du patient		Prénom du patient	MI
<p><i>L'utilisation du formulaire POLST (directives pour les praticiens pour le traitement de maintien en vie) de l'IDPH (département de la santé publique de l'Illinois) se fait toujours sur la base du volontariat. Ces directives enregistrent les souhaits du patient en matière de traitement médical dans son état de santé actuel. Le patient ou son représentant et le prestataire de soins de santé doivent réévaluer les interventions et en discuter régulièrement pour s'assurer que les traitements répondent aux objectifs de soins du patient. Ce formulaire peut être modifié à tout moment pour refléter de nouveaux souhaits.</i></p> <p><i>Aucun formulaire ne peut traiter de toutes les décisions relatives aux traitements médicaux qui peuvent devoir être prises. La Directive anticipée de procuration pour les soins de santé (POAHC) est recommandée pour tous les adultes capables, quel que soit leur état de santé. Une POAHC permet à une personne de préciser ses futures instructions en matière de soins de santé et de nommer un représentant légal qui parlera en son nom si elle est incapable de le faire elle-même.</i></p>			
Directives anticipées disponibles pour le patient au moment de remplir ce formulaire			
<input type="checkbox"/> Procuration pour soins de santé	<input type="checkbox"/> Déclaration de testament du vivant	<input type="checkbox"/> Déclaration pour un traitement de santé mentale	<input type="checkbox"/> Aucun document disponible
Informations sur les professionnels de la santé			
Nom du préparateur		Numéro de téléphone	
Titre du préparateur		Date de préparation	

#### Remplir le formulaire POLST de l'IDPH

- Le remplissage d'un formulaire POLST est toujours volontaire, ne peut être imposé et peut être modifié à tout moment.
- Le formulaire POLST doit refléter les préférences actuelles des personnes qui le remplissent ; encourager la rédaction d'un POAHC.
- Le consentement verbal/téléphonique du patient ou de son représentant légal est acceptable.
- Les directives effectuées de manière verbale/téléphonique sont acceptables avec une signature de suivi par un praticien autorisé, conformément à la politique de l'établissement/de la communauté.
- L'utilisation du formulaire original est encouragée. Les copies numériques et les photocopies, y compris les télécopies, sur n'importe quel papier de couleur sont légales et valides.
- Les formulaires comportant des signatures électroniques sont légaux et valides.
- Un professionnel de la santé qualifié peut être autorisé à exercer dans l'Illinois ou dans l'État où le patient est traité.

#### Examen d'un formulaire POLST

Ce formulaire POLST doit être examiné périodiquement et à la lumière des besoins et des désirs du patient, lesquels sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- transferts d'un environnement ou d'un niveau de soins vers un autre ;
- changements dans l'état de santé du patient ou utilisation de dispositifs implantables (par exemple, DAI/stimulateurs cérébraux) ;
- traitement en cours et les préférences du patient ; et
- changement du professionnel de soins référent du patient.

#### Annulation ou révocation d'un formulaire POLST

- Un patient capable peut annuler ou révoquer le formulaire, et/ou demander un traitement alternatif.
- Pour changer, modifier ou réviser un formulaire POLST, il faut remplir un nouveau formulaire POLST.
- Tracer une ligne couvrant les sections A à E et écrire « NUL » en travers de la page si un formulaire POLST est remplacé ou devient invalide.
- Sous l'inscription « NUL », inscrivez la date du changement et signez à nouveau.
- Si le formulaire est enregistré dans un dossier médical électronique, suivez toutes les procédures de révocation/annulation de l'établissement.

#### Loi sur les substituts de soins de santé de l'Illinois (755 ILCS 40/25) : Ordre de priorité

- |  |  |
|--|--|
| 1. Tuteur de la personne du patient                                    | 5. Frères et sœurs adultes   |
| 2. Conjoint(e) du patient ou partenaire d'une union civile enregistrée | 6. Petits-enfants adultes  |
| 3. Enfants adultes   | 7. Un(e) ami(e) proche du patient  |
| 4. Parents   | 8. Le gestionnaire du patrimoine du patient  |
|  | 9. Le gardien temporaire du patient nommé en vertu du paragraphe (2) de la section 2-10 de la loi sur le tribunal des mineurs de 1987 (Juvenile Court Act) si le tribunal a rendu une ordonnance accordant cette autorité en vertu du paragraphe (12) de la section 2-10 de la loi du tribunal des mineurs de 1987 (Juvenile Court Act). |

Pour plus d'informations, consultez la déclaration de l'IDPH sur le droit de l'Illinois à l'adresse <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

**\*\*THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes\*\***

Patient Last Name		Patient First Name		MI
<p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p>				
Advance Directives available for patient at time of this form completion				
<input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care	<input type="checkbox"/> Living Will Declaration	<input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment	<input type="checkbox"/> None Available	
Health Care Professional Information				
Preparer Name			Phone Number	
Preparer Title			Date Prepared	

**Completing the IDPH POLST Form**

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

**Reviewing a POLST Form**

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

**Voiding or revoking a POLST Form**

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

**Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person                            | 5. Adult siblings  |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren   |
| 3. Adult children  | 7. A close friend of the patient   |
| 4. Parents   | 8. The patient’s guardian of the estate  |
|  | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>