



# My Advance Care Plan (Please Complete in English)

## *My Advance Care Plan* *(Veuillez remplir ce formulaire en anglais.)*

Last name: / *Nom de famille* : \_\_\_\_\_

First name: / *Prénom* : \_\_\_\_\_ Date of birth / *Date de naissance* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

*My Advance Care Plan ou Plan préalable de soins de santé constitue un enregistrement de vos discussions concernant la planification préalable de vos soins de santé et une manière d'informer ceux qui s'occupent de vous de vos préférences. Vos préférences ne concernent pas nécessairement votre santé mais elles peuvent guider le personnel traitant, votre Tuteur permanent et/ou votre famille en relation avec la manière dont vous désireriez être traité ainsi que des demandes ou des messages particuliers.*

*Veillez noter: Si vous désirez prendre des décisions de traitement juridiquement contraignantes, il est recommandé que vous prépariez une Directive préalable de soins de santé (Advance Health Directive). Vous pouvez également considérer nommer un Tuteur permanent (Enduring Guardian) qui prendra, en votre nom, les décisions personnelles de mode de vie et de traitement. Veuillez consulter le Guide pour de plus amples détails.*

*J'ai donné une copie de My Advance Care Plan à :*

Full name / <i>Nom Complet</i>	Telephone / <i>Téléphone</i>	Mobile / <i>Portable</i>	Relationship to me / <i>Lien vis à vis de moi</i>

**I have completed one or more of the following:**

***J'ai préparé un ou plusieurs des documents suivants :***

**Advance Health Directive**  
***Advance Health Directive***

**Yes/No (please circle)**  
***Oui/Non (entourez la mention appropriée)***

I have stored a copy at: / *L'endroit où je garde une copie est :* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Une copie peut également être obtenue auprès de :*

Name: / *Nom :* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Téléphone :* \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Guardianship**  
***Enduring Power of Guardianship***

**Yes/No (please circle)**  
***Oui/Non (entourez la mention appropriée)***

I have stored a copy at: / *L'endroit où je garde une copie est :* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Une copie peut également être obtenue auprès de :*

Name: / *Nom :* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Téléphone :* \_\_\_\_\_

---

**Enduring Power of Attorney**  
***Enduring Power of Attorney***

**Yes/No (please circle)**  
***Oui/Non (entourez la mention appropriée)***

I have stored a copy at: / *L'endroit où je garde une copie est :* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Une copie peut également être obtenue auprès de :*

Name: / *Nom :* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Téléphone :* \_\_\_\_\_

---

**Will**  
***Will***

**Yes/No (please circle)**  
***Oui/Non (entourez la mention appropriée)***

I have stored a copy at: / *L'endroit où je garde une copie est :* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Une copie peut également être obtenue auprès de :*

Name: / *Nom :* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Téléphone :* \_\_\_\_\_

## Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.  
Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

### **Préférences pour mes soins futurs**

*Mes préférences en relation avec mes futurs soins sont indiquées ci-dessous. Veuillez-vous référer au Guide du patient pour la Planification préalable des soins de santé.*

---



---



---



---



---



---



---



---

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

*Autres résultats de la conversation de Planification préalable des soins de santé :*

*Par exemple, vous pouvez avoir considéré préparer d'autres documents légaux appropriés comme une Advance Health Directive ou une Enduring Power of Guardianship ou vous pouvez avoir décidé de devenir un donneur d'organe.*

Outcome / Résultat	Description / Description

**If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:**

***Si je suis frappé d'incapacité ou si j'approche la fin de ma vie, j'aimerais que l'on prenne soin de moi, dans la mesure où cela est pratique et approprié :***

Initial the option you prefer: / *Initialisez l'option que vous préférez :*

- In my usual home: / *Dans ma résidence habituelle :* \_\_\_\_\_
- At a family member's home: / *Dans la maison d'un membre de ma famille :* \_\_\_\_\_
- At a hospice or palliative care unit / *À l'hospice ou dans le service des soins palliatifs*
- In hospital / *À l'hôpital*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Au pays (pour les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres)*
- At another place: / *À un autre endroit :* \_\_\_\_\_

### **I would like to leave the following message(s)**

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

### ***Je souhaiterais laisser les messages suivants :***

*Par exemple : Je suis le pourvoyeur de soins pour mon partenaire/un membre de ma famille ou je voudrais que la personne suivante s'occupe de mon animal domestique ou je voudrais qu'une chanson particulière soit jouée ou je voudrais un traitement complémentaire particulier ou je souhaiterais que ma famille respecte ma décision de devenir un donneur d'organe, etc.*

---



---



---



---



---

Signed: / *Signé :* \_\_\_\_\_ Date: / *Date :* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.

*Ce document est disponible dans d'autres formats sur demande pour les personnes avec un handicap.*

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network  
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.