

Client Health Record # \_\_\_\_\_  
 Client Surname \_\_\_\_\_  
 Given Name \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Gender \_\_\_\_\_  
 MFRN \_\_\_\_\_  
 PHIN \_\_\_\_\_  
 Address (home visits only) \_\_\_\_\_

## ADVANCE CARE PLANNING GOALS OF CARE

Refer to WRHA Advance Care Planning Policy # 110.000.200 prior to completing this form

Is there an existing Health Care Directive? .....  No  Yes  
 (If yes, it shall guide further discussions as an indication of the Patient/Client/Resident's wishes at the time of writing)

Advance Care Planning (ACP) is the overall process of dialogue, knowledge sharing and informed decision making that needs to occur at any time when future or potential life threatening illness treatment options and Goals of Care are being considered or revisited. This form is used to record agreed upon Goals of Care reached through full and complete ACP discussions with the Patient/Resident/Client and/or Substitute Decision Maker about the nature of the individual's current condition, prognosis, treatment/procedural/investigation options, and expected benefits or burdens of those options.

**GOALS OF CARE** (Check the box that best describes the Patient/Resident/Client Goals of Care)

- C = Comfort Care** - Goals of Care and interventions are directed at maximal comfort, symptom control and maintenance of quality of life **excluding** attempted resuscitation.
- M = Medical Care** - Goals of Care and interventions are for care and control of the Patient/Resident/Client condition. The Consensus is that the Patient/Resident/Client may benefit from, and is accepting of, any appropriate investigations/interventions that can be offered **excluding** attempted resuscitation.
- R = Resuscitation** - Goals of Care and interventions are for care and control of the Patient/Resident/Client condition. The Consensus is that the Patient/Resident/Client may benefit from, and is accepting of, any appropriate investigations/interventions that can be offered **including** attempted resuscitation.

If the required care is not available in current location or setting, does the Patient/Resident/Client want to be transferred to alternate facility? .....  No  Yes

Indicate all individuals who participated in Goals of Care discussion(s) by checking appropriate box(es).

- Patient/Resident/Client      Print Name: \_\_\_\_\_
- Family Member(s)            Print Name(s): \_\_\_\_\_
- Substitute Decision Maker    Print Name(s): \_\_\_\_\_
- Health Care Provider(s)      Print Name(s): \_\_\_\_\_

Document details of the Patient/Resident/Client specific instructions or wishes and/or details of discussion with the individuals indicated above. (Refer to date/time of Progress Note entry if more space is required):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Name & Designation of Health Care Provider      Signature of Health Care Provider  
 (Physician's signature is required when patient is a client of the Public Trustee)

| | | | | | | | | |  
 D D M M M Y Y Y Y A

The Goals of Care were reviewed with the Patient/Resident/Client and/or Substitute Decision Maker and no change to the form is required.

\_\_\_\_\_  
 Name & Designation of Health Care Provider      Signature of Health Care Provider  
 (Physician's signature is required when patient is a client of the Public Trustee)

| | | | | | | | | |  
 D D M M M Y Y Y Y Y

\_\_\_\_\_  
 Name & Designation of Health Care Provider      Signature of Health Care Provider  
 (Physician's signature is required when patient is a client of the Public Trustee)

| | | | | | | | | |  
 D D M M M Y Y Y Y Y

\_\_\_\_\_  
 Name & Designation of Health Care Provider      Signature of Health Care Provider  
 (Physician's signature is required when patient is a client of the Public Trustee)

| | | | | | | | | |  
 D D M M M Y Y Y Y Y

**If review results in any changes to the Patient/Resident/Client Goals of Care, a new form must be completed.**

PROVIDE COPY OF COMPLETED FORM TO PATIENT/RESIDENT/CLIENT OR SUBSTITUTE DECISION MAKER

Client Health Record # \_\_\_\_\_  
 Client Surname \_\_\_\_\_  
 Given Name \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Gender \_\_\_\_\_  
 MFRN \_\_\_\_\_  
 PHIN \_\_\_\_\_  
 Address (home visits only) \_\_\_\_\_

# PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS

## BUTS DES SOINS

Avant de remplir ce formulaire, référez-vous à la politique no 110.000.200 sur la Planification préalable des soins

Existe-t-il déjà des Directives en matière de soins de santé? .....  Non  Oui  
 (Si oui, ces Directives serviront de base pour les discussions portant sur les vœux du patient/client/résident au moment d'écrire ces renseignements.)

La Planification préalable des soins (PPS) consiste en la démarche qui inclut le dialogue, le partage de connaissances et la prise de décision éclairée qui doit se produire au moment d'examiner ou de revoir les diverses options de traitement des maladies qui peuvent mettre la vie en danger. Ce formulaire sert à noter les Buts des soins convenus à la suite de discussions PPS avec le patient/résident/client ou le décideur substitut sur la nature de l'état de santé actuel du particulier, son pronostic, les options de traitement/d'intervention/d'enquête et les bénéfices ou les inconvénients prévus de ces options.

**BUTS DES SOINS** (Cochez la case qui décrit le mieux les Buts des soins du patient/résident/client.)

- C = Soins de confort** - Les Buts des soins et les interventions sont axés sur le maximum de confort, la maîtrise des symptômes et le maintien de la qualité de vie, **sauf** une tentative de réanimation.
- M = Soins médicaux** - Les Buts des soins et les interventions sont axés sur les soins et la maîtrise de l'état de santé du patient/résident/client. Toutes les personnes concernées s'entendent pour s'assurer que le patient/résident/client profite de toute enquête/intervention appropriée disponible et l'accepte, **sauf** une tentative de réanimation.
- R = Réanimation** - Les Buts des soins et les interventions sont axés sur les soins et la maîtrise de l'état de santé du patient/résident/client. Toutes les personnes concernées s'entendent pour s'assurer que le patient/résident/client profite de toute enquête/intervention appropriée disponible et l'accepte, **y compris** une tentative de réanimation.

Si les soins requis ne sont pas disponibles dans l'établissement actuel, est-ce que le patient/résident/client voudrait être transféré à un autre établissement? .....  Non  Oui

Cochez les cases pour indiquer toutes les personnes qui ont participé aux discussions sur les Buts des soins.

- Patient/Résident/Client                      Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_
- Membre(s) de la famille                      Nom(s) en lettres moulées : \_\_\_\_\_
- Décideur substitut                              Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_
- Fournisseur(s) de soins de santé              Nom(s) en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Notez les détails des directives ou des vœux du patient/résident/client et/ou les détails concernant la discussion avec les personnes indiquées ci-dessus. (S'il vous faut plus d'espace, mentionnez la date et l'heure de l'inscription aux notes d'évolution.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom et titre du fournisseur de soins de santé                      Signature du fournisseur de soins de santé  
 (La signature du médecin est requise lorsque le patient est un client du curateur public.)

J   J   M   M   M   A   A   A   A

Les Buts des soins ont été révisés avec le patient/résident/client et/ou le décideur substitut et aucun changement n'est requis sur le formulaire.

\_\_\_\_\_  
 Nom et titre du fournisseur de soins de santé                      Signature du fournisseur de soins de santé  
 (La signature du médecin est requise lorsque le patient est un client du curateur public.)

J   J   M   M   M   A   A   A   A

\_\_\_\_\_  
 Nom et titre du fournisseur de soins de santé                      Signature du fournisseur de soins de santé  
 (La signature du médecin est requise lorsque le patient est un client du curateur public.)

J   J   M   M   M   A   A   A   A

\_\_\_\_\_  
 Nom et titre du fournisseur de soins de santé                      Signature du fournisseur de soins de santé  
 (La signature du médecin est requise lorsque le patient est un client du curateur public.)

J   J   M   M   M   A   A   A   A

**Si la révision amène des changements aux Buts des soins du patient/résident/client, il faudra remplir un nouveau formulaire.**

DONNER UNE COPIE DU FORMULAIRE REMPLI AU PATIENT/RÉSIDENT/CLIENT OU AU DÉCIDEUR SUBSTITUT