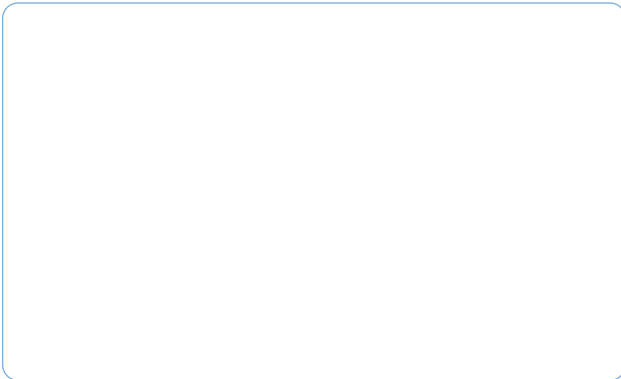


# Objectifs de soins

## Questionnaire pour le patient



Date :      /      /       
          jour            mois            année

Ce questionnaire vise à mieux vous connaître et à mieux planifier vos soins avec vous. Il est un complément à la fiche santé [Les objectifs de soins](#). Vous pouvez consulter cette fiche sur le site Internet du CHUM ou en demander un exemplaire.

### IMPORTANT :

- Si vous le voulez, votre équipe de soins peut vous aider à remplir ce questionnaire et à en parler avec vos proches.
- Une fois rempli, remettez-le à un membre de votre équipe de soins.
- Nous savons que vos réponses peuvent changer avec le temps. C'est tout à fait normal.
- Ce questionnaire ne sert pas à accepter ou à refuser des soins. Le but est plutôt de réfléchir à votre situation.

## 1. VOTRE VISION DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

a) Lequel ou lesquels de vos problèmes de santé vous inquiètent le plus ?

---

---

---

b) Pensez-vous que vous pouvez en guérir ?

Oui            Non            Je ne sais pas

c) Pensez-vous que votre état de santé peut s'aggraver prochainement ?

Oui            Non            Je ne sais pas

d) Pour le ou les problèmes de santé qui vous inquiètent le plus :  
à quelle étape pensez-vous être rendu ?

1 - Début            2            3            4            5 - Fin de vie (phase terminale)

e) Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

Très mauvaise    Mauvaise    Bonne    Très bonne    Excellente

f) Si votre cœur arrête de battre et que vous êtes réanimé :  
selon vous, quelles sont vos chances de retrouver votre état de santé actuel ?

0 %            25 %            50 %            75 %            100 %

## 2. L'INFORMATION QUE VOUS SOUHAITEZ AVOIR

a) **Au sujet de vos problèmes de santé, vous préférez :**

1 - En savoir le minimum      2      3      4      5 - Tout savoir

b) **Lorsque des choix doivent être faits pour vos soins, vous préférez :**

Prendre vos décisions vous-même

Prendre vos décisions avec l'aide de vos proches

Prendre vos décisions avec l'aide de votre médecin ou de votre infirmière praticienne spécialisée

Suivre l'avis de votre médecin ou de votre infirmière praticienne spécialisée

c) **Cochez les questions qui correspondent aux principales inquiétudes que vous avez aujourd'hui.**

- Quelle est la cause de mes symptômes?
- Est-ce que mes problèmes de santé sont graves?
- Est-ce que mon espérance de vie est réduite?
- À quoi dois-je m'attendre avec mes problèmes de santé?
- Est-ce que d'autres médicaments sont nécessaires?
- Est-ce qu'une opération est conseillée?
- Est-ce qu'il y a encore quelque chose à faire?
- Est-ce que les traitements proposés peuvent causer d'autres problèmes?
- Autres questions :

---

---

---

## 3. VOS VALEURS ET VOTRE PROJET DE VIE

a) **Aujourd'hui, qu'est-ce qui donne du sens ou de la valeur à votre vie?**

**Cochez les 4 valeurs les plus importantes pour vous.**

- 1. Être capable de faire les choses moi-même
- 2. Être capable de prendre mes décisions
- 3. Être capable de vivre chez moi
- 4. Pouvoir bien dormir
- 5. Être capable de voyager
- 6. Avoir de l'énergie et de la force
- 7. Passer du bon temps avec mes amis et ma famille
- 8. Pouvoir manger et boire ce que je veux
- 9. Être capable de marcher et de me déplacer
- 10. Vivre selon mes croyances religieuses ou spirituelles
- 11. Pouvoir travailler
- 12. Pouvoir faire du sport
- 13. Vivre longtemps
- 14. Autre valeur : \_\_\_\_\_

b) **Parmi les 4 valeurs choisies, notez les 2 plus importantes pour vous.**

**Écrivez les numéros de ces 2 valeurs.**

Valeur numéro : \_\_\_\_\_ Valeur numéro : \_\_\_\_\_

#### 4. VOS INQUIÉTUDES FACE À LA VIE ET À LA MORT

a) Qu'est-ce qui vous inquiète le plus en ce moment ?

---

---

---

b) Lorsque vous pensez à vos dernières semaines de vie, qu'est-ce qui est très important pour vous ?

---

---

---

c) Qu'est-ce qui vous fait le plus peur quand vous pensez à votre mort ?

---

---

---

#### 5. VOS PROCHES ET VOS SOINS

a) Est-ce qu'il y a des personnes très importantes pour vous avec qui vous souhaitez partager vos réflexions à propos de vos soins ? Si oui, écrivez leurs noms.

---

---

---

b) Jusqu'à quel point souhaitez-vous que vos proches soient informés de votre état de santé ?

1 - Jamais informés      2      3      4      5 - Toujours informés

c) Jusqu'à quel point souhaitez-vous que vos proches participent à vos décisions de soins ?

1 - Jamais      2      3      4      5 - Toujours

**N'hésitez pas à demander de l'aide à votre équipe de soins pour remplir ce questionnaire, si vous le souhaitez.**  
**Pour faire un commentaire sur ce questionnaire, vous pouvez écrire à : [ethique.clinique.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ethique.clinique.chum@ssss.gouv.qc.ca).**