

## ADMINISTRATIVE POLICY AND PROCEDURE MANUAL MANUEL DES POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

### Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire

**SECTION :** Patient and Community Relations  
Relations avec les patients et la communauté  
**ISSUED BY / PRÉPARÉ PAR :** V.P. Medical Affairs  
V.-p., Affaires médicales  
**APPROVED BY / APPROUVÉ PAR :**  
Senior Management Committee / Comité de haute direction

**NO. / N :** ADM VIII 210

**DATE ISSUED / DATE DE DISTRIBUTION :** 01/03/28

**DATE REVIEWED / DATE D'EXAMEN :** 05/01/19  
**DATE REVISED / DATE DE RÉVISION :**

#### 1 POLICY

- 1.1 All patients suffering a cardiopulmonary arrest in active care hospitals receive treatment directed toward cardiopulmonary resuscitation unless there is a specific order to countermand this default procedure. The order to override the default procedure is referred to as a DNR (Do Not Resuscitate) order. This policy is in agreement with national responsible organizations and has been developed after consultation with different groups within the Hospital and in the community. It is emphasized that through this policy, the Hospital favours an excellent total care for the severely ill patient. The policy does not support the abandonment of treatment of the severely ill patient. (see Guiding Principles Appendix A)
- 1.2 Cardiopulmonary resuscitation (CPR) was developed as a treatment intervention for cases of sudden unexpected cardiac or respiratory arrest. However, it has come to be used as a standard intervention in virtually all cases of sudden cardiac/respiratory arrest, whether expected or not, unless a specific order to the contrary (DNR) has been stipulated on the person's health record.
- 1.3 There are some people for whom CPR is likely to achieve sustainable cardiopulmonary function; however, there are others for whom it almost certainly will not achieve sustainable cardiopulmonary function (see Appendix B). In these latter situations, CPR is inappropriate as it may serve only to increase discomfort and prolong the dying process.
- 1.4 Decisions about CPR should be part of the patient's total care plan, and discussions about CPR should

#### 1. POLITIQUE

- 1.1 Tous les patients qui subissent un arrêt cardiorespiratoire dans un hôpital de soins actifs reçoivent des traitements de réanimation cardiorespiratoire à moins qu'une ordonnance particulière ne s'oppose à cette procédure par défaut. Ce type d'ordonnance est connu sous le nom d'ordonnance de « ne pas réanimer » (DNR). La présente politique est conforme aux normes des organismes de réglementation nationaux et a été élaborée à la suite d'une consultation menée auprès de différents groupes à l'Hôpital et dans la collectivité. Dans l'ensemble de la politique, on insiste sur le fait que l'Hôpital favorise la prestation d'excellents soins complets aux patients gravement malades. La politique n'appuie pas l'abandon des traitements dispensés à un patient gravement malade. (Voir Principes directeurs à l'Annexe A).
- 1.2 La réanimation cardiorespiratoire (RCR) a été mise au point comme intervention de traitement dans les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire soudain et imprévu. Toutefois, elle constitue maintenant une intervention normale dans à peu près tous les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire soudain, imprévu ou non, sauf lorsque le dossier médical d'un patient contient une ordonnance précise (DNR) à l'effet contraire.
- 1.3 Chez certaines personnes, la RCR est susceptible de rétablir une fonction cardiorespiratoire durable; toutefois, chez d'autres, il est presque certain que la RCR ne permettra pas de rétablir une fonction cardiorespiratoire durable (voir l'Annexe B). Dans ces derniers cas, la RCR n'est pas appropriée puisqu'elle ne fait qu'accroître l'inconfort et prolonger l'agonie.

**Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

occur before the need for intervention arises or a crisis occurs. Physicians should review the existing diagnostic and therapeutic options with a mentally capable patient (or if the patient is incapable, with the substitute decision maker(s) [SDM(s)]), in order to allow the patient to judge completely the potential benefit of future therapy. Where appropriate, physicians should discuss end-of-life decisions with patients (or SDM(s)) in collaboration with Registered Nurses (RN's) and other professional care givers. In situations where the plan of treatment does not include CPR, it should be emphasized that the decision not to resuscitate does not imply that the patient is abandoned. Active care, particularly that aimed at but not necessarily confined to, controlling the patient's symptoms (palliation) continues. A DNR order is not incompatible with continued active treatment (e.g. surgery for a pathological fracture). In the scenario of uncertainty, it is appropriate to opt for resuscitation until this uncertainty can be clarified.

## 2. DEFINITIONS

- 2.1 **Do Not Resuscitate (DNR):** A term that is the equivalent to a "No Cardio-Pulmonary Resuscitation" Order. DNR is a physician's order as part of the treatment plan that means CPR is not to be provided. DNR applies only to those components considered part of CPR, and does not preclude the use of any other forms of treatment or care.
- 2.2 **Cardio-Pulmonary Resuscitation (CPR):** An invasive and immediate life-saving measure administered to patients who have a sudden cardiac or respiratory arrest. It includes basic cardiac life-support involving the application of artificial ventilation (e.g. mouth-to-mouth resuscitation, bagging), and chest compression. It may also include advanced cardiac life-support involving intubation, medications, and the application of a defibrillator.
- 2.3 **Power of Attorney for Personal Care:** A document signed by a patient while mentally capable, which directs that some other person may make decisions

- 1.4 Les décisions concernant la RCR doivent faire partie du plan global de soins d'un patient, et les discussions sur le recours à cette intervention doivent avoir lieu avant que l'intervention ne soit nécessaire ou qu'une crise ne survienne. Les médecins doivent examiner avec les patients mentalement capables les diagnostics et les options thérapeutiques existantes (ou si un patient est mentalement incapable, avec le mandataire spécial), pour permettre aux patients de porter un jugement complet sur les avantages potentiels de traitements futurs. Au moment opportun, les médecins doivent discuter des décisions de fin de vie avec les patients (ou le mandataire spécial) en collaboration avec les infirmières autorisées (IA) et d'autres professionnels de la santé. Dans les situations où le plan de traitement ne comprend pas de RCR, il est important de mentionner que la décision de ne pas réanimer ne signifie pas l'abandon des soins dispensés à un patient. Les soins actifs, particulièrement ceux qui visent, mais sans s'y limiter, à atténuer les symptômes du patient (soins palliatifs) se poursuivent. Une ordonnance DNR n'est pas incompatible avec la poursuite de traitements actifs (p. ex. une opération pour une fracture pathologique). En cas d'incertitude, il est approprié d'opter pour la réanimation jusqu'à ce que le doute soit dissipé.

## 2. DÉFINITION:

- 2.1 **Ne pas réanimer (DNR) :** Terme équivalent à l'ordonnance « Aucune réanimation cardiorespiratoire ». L'abréviation DNR constitue l'ordonnance d'un médecin inscrite dans le plan de traitement, qui indique à l'équipe de soins de santé de ne pas procéder à la RCR. L'ordonnance DNR s'applique uniquement aux différentes composantes de la RCR et n'écarte pas l'utilisation d'autres formes de traitement ou de soins.
- 2.2 **Réanimation cardiorespiratoire (RCR) :** Mesure efficace et immédiate de sauvegarde de la vie administrée aux patients qui subissent un arrêt cardiaque ou respiratoire soudain. Elle comprend les techniques de base du maintien des fonctions cardiaques vitales telles que la ventilation artificielle (p. ex. le bouche à bouche, ventilation manuelle au masque et au ballon) et les compressions thoraciques. Elle peut également comprendre des techniques avancées de maintien des fonctions cardiaques vitales telles que l'intubation, l'administration de médicaments et la défibrillation.

**Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

regarding the patient's care in the event that the patient becomes mentally incapacitated, and may give directions regarding the patient's wishes with respect to care. The Power of Attorney for Personal Care is referred to in the Substitute Decisions Act, 1992.

**2.4 Advance Directives:** Many patients want increased control over health care decision making, particularly related to quality of life, death and dying. Advance directives are becoming more popular as a method to assist patients to take an active role in future decisions about end-of-life decisions. Advance directives may take the form of living wills, Power of Attorney for Personal Care, and other verbal or written statements made in advance of the patient's reduced mental capacity.

**2.5 Medical situations in which CPR almost certainly will not achieve the intended outcome:**

- patients with progressive unrelenting cardiac failure and intractable cardiogenic shock.
- patients with massive and persistent internal bleeding that cannot be controlled surgically;
- patients with progressive unrelenting multi-organ system failure.

**2.6 Medical situations in which CPR may achieve intended outcome of establishing cardiopulmonary function, but where the burden outweighs the benefit, including**

- patients in a persistent vegetative state; some patients with an irreversible terminal illness, such as metastatic cancer.

### **3. PROCEDURE**

Note:

ALL STEPS OF THE PROCEDURE MUST BE DOCUMENTED IN THE CLINICAL RECORD.

For The Rehabilitation Centre (TRC), see Appendix E.

**2.3 Procuration relative au soin de la personne :**

Document signé par un patient, alors qu'il est mentalement capable, qui indique qu'une autre personne est autorisée à prendre des décisions concernant les soins dispensés au patient dans le cas où celui-ci serait frappé d'incapacité mentale, ainsi qu'à donner des directives sur les volontés du patient à l'égard des soins. La procuration relative au soin de la personne est mentionnée dans la Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui.

**2.4 Directives préalables :** De nombreux patients veulent exercer un contrôle accru sur la prise de décisions relatives aux soins de santé, particulièrement en ce qui concerne la qualité de vie, la mort et l'agonie. Les directives préalables sont une méthode de plus en plus populaire pour aider les patients à jouer un rôle actif dans les futures décisions de fin de vie. Ces directives peuvent prendre la forme d'un testament biologique, d'une procuration relative au soin de la personne et d'autres énoncés verbaux ou écrits antérieurs à la perte de capacité mentale du patient.

**2.5 États de santé pour lesquels il est presque certain que la RCR ne permettra pas d'obtenir le résultat prévu :**

- insuffisance cardiaque incessante et progressive et choc cardiogénique résistant au traitement;
- hémorragie interne massive et persistante qui ne peut pas être maîtrisée par un traitement chirurgical;
- défaillance multi-organique incessante et progressive.

**2.6 États de santé pour lesquels il est possible que la RCR permette d'obtenir le résultat prévu, soit le rétablissement de la fonction cardiorespiratoire, mais où les inconvénients dépassent les avantages :**

- état végétatif persistant; certaines maladies terminales irréversibles, telles que le cancer métastatique.

### **3. PROCEDURE**

Remarque :

TOUTES LES ÉTAPES DE LA PROCÉDURE DOIVENT ÊTRE DOCUMENTÉES DANS LE DOSSIER CLINIQUE.

Pour connaître la procédure en vigueur au Centre de réadaptation, consultez l'Annexe E.

**Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

### 3.1 GENERAL

- 3.1.1 Discussion regarding DNR should be undertaken with all patients for whom there is a substantial reason to suspect that a sudden cardiac or respiratory arrest might occur and who have known advance directives that include reference to CPR or in whom CPR may be futile.
- 3.1.2 The discussion should take place at the earliest possible time after admission, or at the earliest possible time after a change in clinical status. Discussion should be in the context of the total care plan for the patient.
- 3.1.3 As the discussion of DNR status is within the scope of practice of nursing, the patient's nurse should be included in the meeting(s) to discuss DNR with the patient or SDM.
- 3.1.4 The physician who discusses DNR status with the patient (or SDM(s)), must have full knowledge of the patient's clinical status, prognosis, and the likely benefits, risks and outcomes of CPR in the particular situation. The process may be undertaken by a resident acting under the authority of the patient's most responsible physician. A DNR order must be written on a single Physician Order sheet. If the order is written by a resident, the patient's attending physician/most responsible physician should be made aware of it as soon as possible. Attending physicians must know of the DNR status of patients, if any, on their roster.
- 3.1.5 The decision about DNR status should be reviewed at regular intervals, consistent with the periodic review of the patient's total care plan. The periodicity of review should be established by the attending physician at the time of the initial DNR decision, based on the stability and/or acuity of the patient's medical condition. (For example, acute care patients may have the decision reviewed every week, while chronic care patients may have the decision reviewed every three months.)
- The decision should be reviewed at the interval established by the attending physician;
  - Reassessment of the DNR order must be

### 3.1 PROCÉDURE GÉNÉRALE

- 3.1.1 Des discussions concernant l'ordonnance DNR doivent être entreprises avec tous les patients pour lesquels il existe des motifs sérieux de croire qu'ils soient victimes d'un arrêt cardiaque ou respiratoire et qui ont donné des directives préalables faisant référence à la RCR ou chez qui la RCR pourrait être futile.
- 3.1.2 La discussion doit avoir lieu dès que possible après l'admission ou après un changement de l'état clinique. Elle doit tenir compte du contexte du plan global de soins du patient.
- 3.1.3 Comme la discussion sur l'état de l'ordonnance DNR relève des soins infirmiers, l'infirmière du patient doit participer aux réunions pour discuter de l'ordonnance DNR avec le patient ou son mandataire spécial.
- 3.1.4 Le médecin qui discute de l'ordonnance DNR avec le patient (ou le mandataire spécial) doit avoir une connaissance complète de l'état clinique du patient, du pronostic et des avantages, des risques et des résultats probables de la RCR dans la situation en cause. Le processus peut être entrepris par un résident agissant sous l'autorité du médecin principal du patient. Une ordonnance DNR doit être rédigée sur une seule feuille d'ordonnance du médecin. Si l'ordonnance est rédigée par un résident, le médecin traitant/principal du patient en sera informé sans délai. Les médecins traitants doivent connaître le statut de l'ordonnance DNR des patients, le cas échéant, qui figurent sur leur liste.
- 3.1.5 La décision concernant le statut de l'ordonnance DNR doit être examinée à intervalles réguliers, conformément aux directives de l'examen périodique du plan de soins totaux du patient. La fréquence de l'examen doit être fixée par le médecin traitant au moment de la décision initiale concernant l'ordonnance DNR, fondée sur la stabilité ou la gravité, ou les deux, de l'état de santé du patient. (Par exemple la décision concernant les patients recevant des soins aigus peut être examinée chaque semaine, alors que celle concernant les patients chroniques peut l'être aux trois mois.)
- La décision doit être révisée à l'intervalle établi par le médecin traitant.

**Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

made if the patient's clinical status is changed.

- No further action need be taken if the patient's clinical status is unchanged; The interval before the next review can be re-established at this time.
- The DNR Order must be reviewed immediately upon being rescinded by the patient, SDM(s), or member of the health care team.
- If a DNR order is rescinded, a note should be placed in the clinical record documenting the decision. An order rescinding the DNR order must be written on a single Physician Order sheet. All measures used to identify patients as DNR must be discontinued immediately.

### **3.2 SPECIFIC PROCEDURE**

3.2.1 To begin the procedure of a DNR Order, a physician involved in the patient's care shall first assess the patient and establish the following clinical facts:

- a) the reversibility of the patient's condition and the likelihood that CPR will result in sustainable cardiopulmonary function;
- b) the length of time that it is expected the patient will live with or without the intervention; and
- c) the likelihood that the patient will be able to experience the benefit of successful CPR (i.e. the burden-to-benefit ratio).

Subsequent course of action will depend on whether the patient is mentally capable.

3.2.2 Determination of patient mental capacity is made by the attending physician in consultation with nursing staff and other professional care givers. Where doubt exists, consultation should be sought with those with special expertise. For the purposes of informed consent, a patient can be considered mentally capable if he or she is able to understand a treatment, to weigh its risks and benefits, and to make a decision in light of such knowledge. An individual patient may choose to use other information, beliefs and values that the patient feels may be relevant. Disagreement with a physician's recommendation or conventional wisdom does not imply lack of patient mental capacity. In the event that a patient is deemed not mentally capable by the attending physician, except in the process of an

- L'ordonnance DNR doit être réévaluée si l'état clinique du patient a changé.
- Si l'état clinique du patient demeure inchangé, il n'est pas nécessaire de prendre des mesures additionnelles. Un nouvel intervalle peut alors être fixé pour le prochain examen.
- L'ordonnance DNR doit être examinée immédiatement après son annulation par le patient, le mandataire spécial ou un membre de l'équipe de soins de santé.
- S'il y a une annulation d'ordonnance DNR, une note doit être versée au dossier clinique pour documenter la décision. Une ordonnance annulant l'ordonnance DNR doit être rédigée sur une seule feuille d'ordonnance du médecin. Toutes les mesures utilisées pour identifier les patients faisant l'objet d'une ordonnance DNR doivent prendre fin immédiatement.

### **3.2 PROCÉDURE PARTICULIÈRE**

3.2.1 Pour entreprendre la procédure décisionnelle concernant une ordonnance DNR, un médecin engagé dans la prestation de soins au patient doit d'abord évaluer l'état du patient et établir les données cliniques suivantes :

- a) la réversibilité de l'état du patient et la probabilité que la RCR puisse rétablir une fonction cardiorespiratoire durable;
- b) l'espérance de vie prévue du patient avec ou sans l'intervention;
- c) la probabilité que le patient puisse bénéficier d'une RCR réussie (c.-à-d., rapport avantages/inconvénients).

Le plan d'action subséquent dépend de la capacité mentale du patient.

3.2.2 La capacité mentale du patient est déterminée par le médecin traitant en consultation avec le personnel infirmier et d'autres soignants professionnels. En cas de doutes, on doit consulter des spécialistes. Pour ce qui est du consentement éclairé, un patient peut être considéré comme mentalement capable s'il est en mesure de comprendre le traitement, de juger des risques et des avantages et de prendre une décision à la lumière de ces éléments. Un patient peut choisir de fonder sa décision sur d'autres croyances, valeurs et renseignements qui lui paraissent pertinents. Un désaccord concernant une recommandation

**Patient Resuscitation In Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**Réanimation d'un patient dans le cas d'un arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

emergency treatment, informed consent must be obtained from a SDM.

- 3.2.3 If the patient is mentally capable and does not fall into classification "D" (see Appendix B), the possibility of a DNR Order shall be discussed with the patient if there is a substantial reason to suspect he or she might experience a sudden cardiac or respiratory arrest. The physician must first determine whether the patient has made an advance directive. The attending physician/most responsible physician shall then discuss the clinical facts and possible alternative therapies with the patient, and develop goals of therapy reflecting what is medically possible at that phase of the patient's illness. Discussion should include a full explanation of the role of CPR.
- a) If the patient so wishes and consents verbally, the patient's family members may also be consulted. Any disagreement among family members should be noted in the clinical record. The procedures for preventing and resolving disagreements must be followed.
  - b) A detailed account of the discussion must be documented in the clinical record. A copy of any advance directive shall be placed in the clinical record, or a notation made of any advance directive expressed verbally.
  - c) If the patient's wish is to receive CPR, this shall be recorded in the clinical record.
  - d) If in the opinion of the attending physician/most responsible physician, that the patient is unlikely to experience the benefit of CPR, even if successful, but there is disagreement between the physician and patient on the burden-to-benefit ratio, the procedures for preventing and resolving disagreements should be followed (Appendix D). A DNR Order may not be written unless the disagreement is resolved.
  - e) If the patient decides not to be resuscitated, a DNR Order shall be written on the chart by the attending physician.
  - f) A decision by the patient to alter the DNR status shall become effective immediately pending an early review by a physician.
  - g) If a physician or RN determines that the clinical facts have changed, the DNR Order may be rescinded until such time that the physician (as defined in General Procedures # 3.1.3) can discuss the clinical facts with the patient.
  - h) While a DNR Order is in effect, all other

du médecin ou des stéréotypes n'est pas nécessairement un signe d'incapacité mentale du patient. Si un médecin traitant juge qu'un patient est frappé d'incapacité mentale, il doit obtenir le consentement éclairé d'un mandataire spécial, sauf dans le cas d'un traitement d'urgence.

- 3.2.3 Si le patient est mentalement capable et qu'il ne correspond pas à la classification « D » (voir l'Annexe B), on doit discuter avec lui de la possibilité d'une ordonnance DNR lorsqu'il existe des motifs sérieux de croire qu'il pourrait subir un arrêt cardiaque ou respiratoire soudain. Le médecin doit d'abord déterminer si le patient a émis une directive préalable. Il doit ensuite discuter des données cliniques et des traitements de rechange possibles avec le patient et fixer des objectifs thérapeutiques qui tiennent compte de ce qui peut être fait sur le plan médical selon le stade de la maladie du patient. Au cours de la discussion, le médecin doit expliquer en détail le rôle de la RCR.
- a) Si le patient le souhaite et y consent verbalement, les membres de la famille peuvent également être consultés à ce sujet. Tout désaccord parmi les membres de la famille doit être signalé dans le dossier clinique. Les procédures de prévention et de résolution des différends doivent être suivies.
  - b) Un compte rendu détaillé de la discussion doit paraître dans le dossier clinique. Une copie de toute directive préalable doit être versée au dossier clinique ou une note doit y être inscrite pour signaler qu'une telle directive a été exprimée verbalement.
  - c) Si le patient souhaite recevoir la RCR, cela doit être consigné dans le dossier clinique.
  - d) Si le médecin traitant/principal croit que le patient a peu de chance de bénéficier de la RCR, même si elle permet de rétablir la fonction cardiorespiratoire, mais qu'il ne s'entend pas avec le patient sur le rapport inconvénients/avantages, les procédures de prévention et de résolution des différends doivent être suivies (voir l'Annexe D). Une ordonnance DNR ne peut pas être rédigée tant que le différend n'est pas réglé.
  - e) Si le patient décide de ne pas être réanimé, une ordonnance DNR doit être rédigée par le médecin traitant et versée au dossier.
  - f) Une décision du patient visant à modifier le statut de l'ordonnance DNR devient









**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**APPENDIX A**

**GUIDING PRINCIPLES  
ON RESUSCITATIVE INTERVENTIONS**

Adapted from Joint Statement on Resuscitative Interventions  
(Update 1995) Can Med Assoc J. Dec 1 1995;153:1652A

- 1) Good health care requires open communication, discussion and sensitivity to cultural and religious differences among care givers, potential recipients of care, their family members, and significant others.
- 2) A person must be given sufficient information about the benefits, risks and likely outcomes of all treatment options to enable him/her to make informed decisions.
- 3) A mentally capable person has the right to refuse or withdraw consent to any clinically indicated treatment, including life saving or life sustaining treatment.
- 4) When a person is mentally incapable, treatment decisions must be based on the wishes of the person if these are known.
- 5) When a mentally incapable person's wishes are not known, treatment decisions must be based on the person's best interests taking account of:
  - i) the person's known values and preferences;
  - ii) information received from those who are significant in the person's life, and who would help in determining his/her best interests;
  - iii) aspects of the person's culture and religion that would influence a treatment decision;
  - iv) the person's diagnosis and prognosis.
- 6) There is no obligation to offer CPR when it almost certainly will not achieve sustainable cardiopulmonary function.

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**ANNEXE A**

**PRINCIPES DIRECTEURS CONCERNANT  
LES INTERVENTIONS DE RÉANIMATION**

Adaptés de la Déclaration conjointe sur la réanimation  
(Mise en jour en 1995) *Can Med Assoc J*, 1<sup>er</sup> déc. 1995, vol. 153, p. 1652A

- 1) Des soins de santé de qualité nécessitent une communication ouverte, le respect des différences culturelles et religieuses et des discussions franches entre les soignants, les bénéficiaires éventuels des soins, les membres de leur famille et leurs êtres chers.
- 2) Une personne doit avoir suffisamment de renseignements sur les avantages, les risques et les résultats probables de toutes les options de traitement pour pouvoir prendre des décisions éclairées.
- 3) Une personne mentalement capable a le droit de refuser tout traitement clinique indiqué ou de retirer son consentement à un traitement, y compris les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie.
- 4) Lorsqu'une personne est mentalement incapable, les décisions relatives aux traitements doivent s'appuyer sur les volontés qu'elle a exprimées, si elles sont connues.
- 5) Lorsqu'on ne connaît pas les volontés d'une personne mentalement incapable, les décisions relatives aux traitements doivent être fondées sur ses meilleurs intérêts et tenir compte des aspects suivants :
  - i) ses valeurs et ses préférences connues;
  - ii) les renseignements reçus de ses êtres chers, qui aideraient à déterminer ses meilleurs intérêts;
  - iii) les éléments de sa culture ou de sa religion qui pourraient influencer une décision relative au traitement;
  - iv) le diagnostic et le pronostic.
- 6) Rien n'oblige à offrir la RCR lorsqu'il n'y a presque aucune chance de rétablir une fonction cardiorespiratoire durable.

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**APPENDIX B**

**CLASSIFICATION OF LIKELIHOOD OF OUTCOME  
FROM CARDIOPULMONARY RESUSCITATION**

The efficacy of CPR in restoring cardiac and respiratory functioning varies from nil to very high, depending on a number of factors. On the basis of research studies of such outcomes four general categories can be distinguished:

A) Where CPR is likely to result in sustainable cardiopulmonary functioning:

There is a good chance that CPR will restore cardiac and respiratory function and the restored function will be maintained. Example: Witnessed cardiac arrest due to a primary cardiac event.

B) Where the outcome is uncertain:

The person's condition or prognosis or both may not have been assessed before the loss of cardiac and respiratory function. It is unknown whether CPR will restore functioning. The subsequent prognosis or the likelihood of adverse consequences is also unknown or uncertain.

C) Where CPR is unlikely to result in sustainable cardiopulmonary:

There is little chance that CPR will restore cardiac and respiratory function, even if the function is restored, it is unlikely to be maintained. Example: Cardiac arrest in a patient with an overwhelming septic condition.

D) Where CPR almost certainly will not result in sustainable cardiopulmonary functioning:

There is almost certainly no chance that the CPR will restore cardiac and respiratory function, even if the function is restored, it almost certainly will not be maintained. Example: Patient with progressive cardiac failure or progressive unrelenting multi-organ failure.

Adapted from Joint Statement on Resuscitative Interventions approved by the Canadian Hospital Association, Canadian Medical Association and Catholic Health Association, and was developed in co-operation with the Canadian Bar Association. (Canadian Medical Association Journal; Dec 1, 1995; 153:1652A)

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**ANNEXE B**

**CLASSIFICATION DE LA PROBABILITÉ DU RÉSULTAT  
DE LA RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

L'efficacité de la RCR lorsqu'il s'agit de rétablir la fonction cardiaque et respiratoire varie de nulle à très élevée, selon un certain nombre de facteurs. À la suite de recherches effectuées sur ces résultats, quatre grandes catégories peuvent être distinguées :

- A) Lorsqu'il est probable que la RCR rétablisse une fonction cardiorespiratoire durable :  
Il y a de bonnes chances que la RCR puisse restaurer la fonction cardiorespiratoire et que la fonction ainsi rétablie puisse se maintenir. Exemple : Arrêt cardiaque survenant en présence de témoins et attribuable à un événement cardiaque primaire.
- B) Lorsque le résultat est incertain :  
L'état de santé de la personne ou le pronostic, ou les deux, peuvent ne pas avoir été évalués avant l'arrêt de la fonction cardiorespiratoire. On ne sait pas si la RCR rétablira la fonction. Le pronostic subséquent ou le risque d'effets indésirables sont également inconnus ou incertains.
- C) Lorsqu'il est peu probable que la RCR puisse rétablir une fonction cardiorespiratoire durable :  
Il y a peu de chances que la RCR puisse restaurer la fonction cardiorespiratoire et, même si elle y arrivait, la fonction ainsi rétablie serait peu susceptible de se maintenir. Exemple : Arrêt cardiaque chez un patient atteint d'une septicémie généralisée.
- D) Lorsqu'il est presque certain que la RCR ne permettra pas de rétablir une fonction cardiorespiratoire durable :  
Il n'y a pratiquement aucune chance que la RCR puisse restaurer la fonction cardiorespiratoire et, même si celle-ci était rétablie, il est presque certain qu'elle ne pourra pas se maintenir. Exemple : Patient atteint d'insuffisance cardiaque progressive ou d'une défaillance multi-organique incessante et progressive.

Adaptée de la Déclaration conjointe sur la réanimation approuvée par l'Association canadienne des soins de santé, l'Association médicale canadienne et l'Association catholique canadienne de la santé et rédigée avec la participation de l'Association du Barreau canadien (Journal de l'Association médicale canadienne, 1<sup>er</sup> déc. 1995, vol. 153, p. 1652A)

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**APPENDIX C**

**SUBSTITUTE DECISION MAKERS WHEN PATIENT MENTALLY INCAPABLE  
(ONTARIO HEALTH CARE CONSENT ACT, 1996)**

Section 20(1) of the Health Care Consent Act, 1996 provides as follows:

“20.(1) If a person is incapable with respect to a treatment, consent may be given or refused on his or her behalf by a person described in one of the following paragraphs (set out according to rank):

1. The incapable person’s guardian of the person, if the guardian has authority to give or refuse consent to the treatment.
2. The incapable person’s attorney for personal care, if the Power of Attorney confers authority to give or refuse consent to the treatment.
3. The incapable person’s representative appointed by the Board under section 33, if the representative has authority to give or refuse consent to the treatment.
4. The incapable person’s spouse or partner.
5. A child or parent of the incapable person, or a Children’s Aid Society or other person who is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in the place of the parent. This paragraph does not include a parent who has only a right of access. If a Children’s Aid Society or other person is lawfully entitled to give or refuse consent to the treatment in place of the parent, this paragraph does not include the parent.
6. A parent of the incapable person who has only a right of access.
7. A brother or sister of the incapable person.
8. Any other relative of the incapable person.”

Please see subsections 20(2) through 20(11) for further directions regarding substitute decision-making.

Section 20(9) provides as follows:

“20(9) Two persons are partners for the purpose of this section if they have lived together for at least one year and have a close personal relationship that is of primary importance in both persons’ lives.”

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**ANNEXE C**

**MANDATAIRES SPÉCIAUX D'UNE PERSONNE MENTALEMENT INCAPABLE  
(LOI DE 1996 SUR LE CONSENTEMENT AUX SOINS DE SANTÉ – ONTARIO)**

Le par. 20(1) de la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé se lit comme suit :

« Si une personne est incapable à l'égard d'un traitement, l'une ou l'autre des personnes visées aux dispositions suivantes peut donner ou refuser son consentement au nom de cette personne (présentées par priorité de rang) :

1. Le tuteur à la personne de l'incapable, s'il a le pouvoir de donner ou de refuser son consentement au traitement.
2. Le procureur au soin de la personne de l'incapable, si la procuration confère le pouvoir de donner ou de refuser le consentement au traitement.
3. Le représentant de l'incapable, nommé par la Commission en vertu de l'article 33, s'il a le pouvoir de donner ou de refuser son consentement au traitement.
4. Le conjoint ou le partenaire de l'incapable.
5. Un enfant ou le père ou la mère de l'incapable, ou une société d'aide à l'enfance ou une autre personne qui a légitimement le droit de donner ou de refuser son consentement au traitement à la place du père ou de la mère. La présente disposition ne vise pas le père ou la mère qui n'a qu'un droit de visite. Elle ne vise pas non plus le père ou la mère si une société d'aide à l'enfance ou une autre personne a légitimement le droit de donner ou de refuser son consentement au traitement à la place du père ou de la mère.
6. Le père ou la mère de l'incapable qui n'a qu'un droit de visite.
7. Un frère ou une sœur de l'incapable.
8. Tout autre parent de l'incapable.

Consultez les paragraphes 20(2) à 20(11) pour connaître les autres directives concernant la prise de décisions au nom d'autrui.

Le par. 20(9) se lit comme suit :

« Deux personnes sont partenaires pour l'application du présent article si elles vivent ensemble depuis au moins un an et ont des rapports personnels étroits qui sont d'une importance capitale dans leur vie respective. »

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**APPENDIX D**

**PREVENTING AND RESOLVING DISAGREEMENTS**

All available measures should be taken to prevent or resolve disagreements between the health care team and the patient (or SDM(s)) concerning the appropriateness of CPR. After obtaining the patient's permission the family should be included in discussions. The importance of effective communication at all levels cannot be overemphasized. It promotes understanding and consensus amongst the health care team, patient and family, and it allays unnecessary fears and concerns and greatly decreases the likelihood of persistent disagreements.

It is the attending physician's responsibility to facilitate ongoing open, sensitive and inclusive communication. However, despite best efforts, there will be a small minority of situations where there will remain disagreement between the physician and patient (or SDM(s)) concerning the burden-to-benefit ratio of CPR. In such cases, procedures for preventing and resolving disagreements should be initiated as soon as possible. In the process for resolving disagreements, the goal will be to balance the values of the health care team and the values of the patient (or SDM(s)).

Steps to be taken to reduce disagreements:

1. The first step in preventing disagreement is good communication among members of the health care team. A case conference involving the attending physician, nursing staff and other members of the health care team, as appropriate, should be held to agree on a total care plan for the patient, and ensure that communications with the patient (or SDM(s)) and family are consistent and clear.
2. All health care team members should ensure that their communications with patients (or SDM(s)) and family are as direct and clear as possible. In order to avoid misunderstanding, discussions attended by all the stakeholders at one time are often helpful. All involved should have the opportunity to express their point of view as freely as possible in an environment respectful of their views.
3. The early involvement of institutional resources such as Spiritual Care, Social Work and Patient Relations is recommended.
4. In the case of disagreement between the attending physician and patient (or SDM(s)) concerning the burden-to-benefit ratio for CPR, a second medical opinion should be sought from an appropriate specialist.
5. If the disagreement persists following a second medical opinion, the Clinical Ethics Committee should be consulted. (An appropriate designated member of the Clinical Ethics Committee should have special training in conflict resolution techniques and practices in order to provide greater assistance in such situations.) Any member of the health care team, patient, (or SDM(s)) or family may initiate a consultation with the Clinical Ethics Committee, but when a consultation with the Clinical Ethics Committee is initiated, all members of the health care team must be informed.
6. If the disagreement is still not resolved, on the recommendation of the Clinical Ethics Committee, the expertise of an outside consultant who is skilled in conflict resolution techniques and practices, and knowledgeable about medical ethics, should be sought.
7. If the attending physician believes that the substitute decision maker did not comply with the principles for making a treatment decision according to the Health Care Consent Act (i.e., prior capable wishes or best interests of the patient), the attending may apply to the Consent and Capacity Board for a determination as to whether the substitute decision maker did comply. The attending physician should contact the Department of Patient Relations/Risk Management.

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest**  
**ADM VIII 210**

1. Health Care Consent Act

“s. 21 A person who gives or refuses consent to a treatment on an incapable person’s behalf shall do so in accordance with the following principles:

- If the person knows of a wish applicable to the circumstances that the incapable person expressed while capable and after attaining 16 years of age, the person shall give or refuse consent in accordance with the wish.

If the person does not know of a wish applicable to the circumstances that the incapable person expressed while capable and after attaining 16 years of age, or if it is impossible to comply with the wish, the person shall act in the incapable person's best interests.”

“s.37 If consent to a treatment is given or refused on an incapable person’s behalf by his or her substitute decision-maker, and if the health care practitioner who proposed the treatment is of the opinion that the substitute decision maker did not comply with section 21, the health practitioner may apply to the Board for a determination as to whether the substitute decision-maker complied with section 21.”

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**ANNEXE D**

**PRÉVENTION ET RÉOLUTION DES DIFFÉRENDS**

Toutes les mesures disponibles doivent être prises pour prévenir ou résoudre les différends entre l'équipe de soins de santé et le patient (ou le mandataire spécial) concernant la pertinence de la RCR. La famille doit participer aux discussions uniquement si le patient y consent. On ne saurait exagérer l'importance d'une communication efficace à tous les niveaux. Elle favorise une meilleure compréhension de la situation et l'atteinte d'un consensus entre les membres de l'équipe de soins de santé, le patient et la famille. De plus, elle permet de dissiper les peurs et inquiétudes inutiles et réduit considérablement la probabilité de différends persistants.

Il incombe au médecin traitant de favoriser en tout temps une communication ouverte, attentive et inclusive. Toutefois, dans un nombre peu élevé de situations, des différends subsistent entre le médecin et le patient (ou le mandataire spécial) concernant le rapport inconvénients/avantages de la RCR, et ce, malgré tous les efforts. Dans ces cas, les procédures de prévention et de résolution des différends doivent être mises en œuvre sans délai. Ces procédures visent à trouver un compromis entre les valeurs de l'équipe de soins de santé et celles du patient (ou du mandataire spécial).

Mesures à prendre pour résoudre les différends :

1. L'établissement d'une bonne communication au sein de l'équipe de soins de santé est la première étape de la prévention des différends. Une conférence de cas à laquelle participent le médecin traitant, le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe de soins de santé, selon le cas, doit être organisée pour dégager un consensus à l'égard d'un plan global de soins pour le patient et assurer la cohérence et la clarté des communications avec le patient (ou le mandataire spécial) et la famille.
2. Tous les membres de l'équipe de soins de santé doivent s'assurer de communiquer le plus directement et clairement possible avec le patient (ou le mandataire spécial) et la famille. Pour éviter les malentendus, il est souvent utile de réunir toutes les parties intéressées afin de discuter de la situation. Toutes les personnes concernées doivent avoir l'occasion de présenter leur point de vue aussi librement que possible dans un contexte de respect des différentes opinions exprimées.
3. La participation des ressources institutionnelles, telles que le soutien spirituel, le service social et les relations avec les patients, dès les premières étapes du processus est recommandée.
4. En cas de différend entre le médecin traitant et le patient (ou le mandataire spécial) concernant le rapport inconvénients/avantages de la RCR, un spécialiste approprié doit être consulté pour obtenir une deuxième opinion médicale.
5. Si le différend persiste malgré une deuxième opinion médicale, le comité sur l'éthique clinique doit être consulté. (Un membre désigné du Comité d'éthique clinique doit avoir reçu une formation spéciale sur les techniques et pratiques de résolution de différends pour fournir une assistance plus marquée dans ces situations.) Un membre de l'équipe de soins de santé, le patient (ou le mandataire spécial) ou la famille peut choisir de consulter le Comité d'éthique clinique, mais lorsque le processus de consultation est mis en œuvre, tous les membres de l'équipe de soins de santé doivent en être informés.
6. Si le différend n'est toujours pas résolu, sur la recommandation du Comité d'éthique clinique, l'expertise d'un consultant externe spécialisé dans les techniques et pratiques de résolution de différends et bien informé en matière d'éthique médicale doit être sollicitée.
7. Si le médecin traitant croit que le mandataire spécial n'a pas respecté les principes dans la prise de décision à l'égard d'un traitement au sens de la Loi sur le consentement aux soins de santé (c.-à-d., volontés exprimées avant la perte de capacité mentale ou meilleurs intérêts du patient), il peut s'adresser à la Commission du consentement et de la capacité pour déterminer si le mandataire spécial a respecté ou non les principes. Le médecin traitant doit s'adresser aux Relations avec les patients ou avec la Gestion du risque.

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

1. Loi sur le consentement aux soins de santé

« 21. La personne qui donne ou refuse son consentement à un traitement au nom d'un incapable le fait conformément aux principes suivants :

- Si elle sait que l'incapable, lorsqu'il était capable et avait au moins 16 ans révolus, a exprimé un désir applicable aux circonstances, elle donne ou refuse son consentement conformément au désir exprimé.
- Si elle ne sait pas si l'incapable, lorsqu'il était capable et avait au moins 16 ans révolus, a exprimé un désir applicable aux circonstances, ou s'il est impossible de se conformer au désir, elle agit dans l'intérêt véritable de l'incapable. »

« 37. Si le mandataire spécial d'un incapable donne ou refuse son consentement à un traitement au nom de celui-ci, et que le praticien de la santé qui a proposé le traitement est d'avis que le mandataire spécial ne s'est pas conformé à l'article 21, le praticien de la santé peut, par voie de requête, demander à la Commission de déterminer si le mandataire spécial s'est conformé à l'article 21. »

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**APPENDIX E**

**THE REHABILITATION CENTRE (TRC)  
“DO NOT RESUSCITATE” (DNR) POLICY**

<b>Policy/Procedure:</b>	<b>Do Not Resuscitate</b>	<b>Issued By:</b>	<b>Ethics Committee</b>
<b>Approved By:</b>		<b>Key Words:</b>	<b>Resuscitate, Living Will, Incapable, Consent</b>
<b>Approved On:</b>		<b>Scope:</b>	<b>TRC</b>

**POLICY**

*A Do Not Resuscitate (DNR) directive from a capable patient 16 years of age or older (in spoken or written form or otherwise communicated), or from the substitute decision-maker of an incapable patient, will be respected. A DNR directive must be written on the chart and communicated to the team.*

This policy is developed in accordance with current Provincial legislation and it is recommended that this policy be reviewed annually.

*Specific or unique issues dealing with end of life care need to be dealt with in an Advanced Care Directive (or 'Living Will') which will complement the DNR policy but not replace it.*

**DEFINITIONS:**

**1. Do Not Resuscitate (DNR):**

Do not perform cardiopulmonary resuscitation (CPR) in case of cardiopulmonary arrest.

**2. Advance Directive:**

*The means used to document and communicate a person's preferences regarding life-sustaining treatment in the event that they become incapable of expressing those wishes for themselves.*

**3. Cardiac Arrest:**

As defined by the Heart and Stroke Foundation of Ontario, cardiopulmonary arrest means an absence of breathing and/or an absence of pulse (circulation).

**4. Capable:**

The term capable means "mentally capable" (as per Health Care Consent Act - Section 2.1). The term "capacity" has a corresponding meaning. According to section 4.1 of the Health Care Consent Act (HCCA): "A person is capable with respect to a treatment, admission to a care facility or a personal assistance service if the person is able to understand the information that is relevant to making a decision about the treatment, admission or personal assistance service as the case may be and able to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or lack of decision". According to section 4.2 of the Health Care Consent Act (HCCA): "A person is presumed to be capable with respect to treatment, admission to a care facility and personal assistance services".

**5. Incapable:**

The term incapable means "mentally incapable" (as per Health Care Consent Act - Section 2.1). The term "incapacity" has a corresponding meaning.

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**PROCEDURAL GUIDELINES:**

1. *Upon admission of a patient to an inpatient unit, the issue of DNR will be raised by: a) a capable patient (in spoken or written form or otherwise communicated); b) the substitute decision-maker; or, c) by the attending physician or registered nurse. The physician may request a consultation with another appropriate health care professional, or, where capacity is uncertain, to a Capacity Evaluator, to assess the patient's capacity to give consent for DNR.*
2. **a) For a capable patient:**
  - (i) The physician *or registered nurse* will discuss the clinical condition with the patient so that the patient can make an informed decision regarding CPR in case of a cardiac arrest.
  - (ii) Disclosure of information to the family related to this decision should only occur with the patient's informed consent.
- b) For an incapable patient:**
  - (i) The physician *or registered nurse* will attempt to obtain *spoken, written or otherwise communicated* wishes of the patient from the legal substitute decision-maker.
3. Discussion with the capable patient or the legal substitute decision-maker shall be documented by the regulated health professional in the interdisciplinary progress notes.
4. *Patients who have requested DNR will have a blue ID bracelet issued to them.*
5. *The attending (or covering) physician will be notified within 24 hours either by flag sheet or call.*
6. The patient's wishes will be presented to the clinical team at the first inpatient management meeting or other appropriate forum.
7. The directive "DO NOT RESUSCITATE" should be written by the physician or RN on the physician order sheet. It should be co-signed by physician within 24 hours.
8. "DNR" and the date of last review should be noted in red ink on the nursing care plan. Any change in DNR status should be reported in every Nursing shift change report for a period of 72 hours. The patient's code status will be communicated to all nursing staff by a method appropriate to the unit. The patient's code status will be discussed at every inpatient management meeting.

**IMPLEMENTATION:**

*When a patient with DNR orders is in distress, staff should call a "medical emergency" and not "code blue".*

**TRANSFER OF PATIENTS:**

- a) When a patient is transferred to another hospital for specific diagnostic or therapeutic procedures, the policy of that hospital will apply. *This will be explained at admission.*
- b) The patient's *directive* will be communicated to that hospital.

**Patient Resuscitation in Event of Cardiac/Pulmonary Arrest  
ADM VIII 210**

**RESCINDING "DNR" ORDERS:**

- a) If a patient wishes to rescind their DNR status, then the DNR order will be rescinded immediately. The professional staff who receives the patient's wishes to rescind will cut off the armband, document these wishes in the clinical record and communicate them to the treating physician and/or the nurse.
  
- b) If a capable patient subsequently becomes incapable, the legal substitute decision-maker may change the DNR status. The substitute decision-maker is expected to exercise the wishes the patient implied, expressed verbally or in writing while the patient was capable.

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**ANNEXE E**

**LE CENTRE DE RÉADAPTATION  
POLITIQUE SUR L'ORDONNANCE « NE PAS RÉANIMER » (DNR)**

<b>Politique / Procédure:</b>	<b>Ne pas réanimer</b>	<b>Émise par :</b>	<b>Comité sur l'éthique</b>
<b>Approuvée par :</b>		<b>Mots-clés:</b>	<b>Réanimer, testament biologique, incapable, consentement</b>
<b>Approuvée le :</b>		<b>Portée :</b>	<b>Le Centre de réadaptation</b>

**POLITIQUE**

*Une directive « ne pas réanimer » (DNR) émise par un patient capable âgé de 16 ans ou plus (verbalement, par écrit ou par toute autre forme de communication) ou par le mandataire spécial d'un patient incapable sera respectée. La directive DNR doit être inscrite au dossier et communiquée à l'équipe.*

La présente politique a été élaborée conformément à la législation provinciale actuelle, et une révision annuelle de cette politique est recommandée.

*Les questions spécifiques ou uniques concernant les soins en fin de vie doivent être abordées dans une directive préalable (ou un testament biologique) qui complète la politique DNR sans toutefois la remplacer.*

**DÉFINITIONS :**

**1. Ne pas réanimer (DNR) :**

Ne pas procéder à la réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire.

**2. Directive préalable :**

*Moyen utilisé pour noter et communiquer les préférences d'une personne concernant les traitements de maintien de la vie dans le cas où elle ne serait plus en mesure d'exprimer ses volontés elle-même.*

**3. Arrêt cardiaque :**

Selon la définition de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, un arrêt cardiorespiratoire correspond à l'absence de respiration ou de pouls (circulation), ou les deux.

**4. Capable :**

Le terme « capable » signifie « mentalement capable » (au sens du par. 2(1) de la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé). Le substantif « capacité » a un sens correspondant. Selon le par. 4.1 de la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé (la Loi) : « Toute personne est capable à l'égard d'un traitement, de son admission à un établissement de soins ou d'un service d'aide personnelle si elle est apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant le traitement, l'admission ou le service d'aide personnelle, selon le cas, et apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision ». Selon le par. 4(2) de la Loi : « Toute personne est présumée capable à l'égard d'un traitement, de son admission à un établissement de soins et de services d'aide personnelle ».

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire  
ADM VIII 210**

**5. Incapable :**

Le terme « incapable » signifie « mentalement incapable » (au sens du par. 2(1) de la Loi). Le substantif « incapacité » a un sens correspondant.

**LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PROCÉDURE :**

1. *Au moment de l'admission d'un patient à l'hôpital, la question de la directive DNR est soulevée : a) par un patient capable (verbalement, par écrit ou par toute autre forme de communication); b) le mandataire spécial; c) le médecin traitant ou une infirmière autorisée. Le médecin peut demander de consulter un autre professionnel de la santé qualifié ou, si la capacité mentale du patient est mise en doute, un évaluateur de la capacité, pour évaluer la capacité du patient à donner son consentement à une directive DNR.*
2. **a) Patient capable :**
  - (i) Le médecin *ou une infirmière autorisée* discute de l'état clinique avec le patient pour lui permettre de prendre une décision éclairée quant au recours à la RCR dans le cas d'un arrêt cardiaque.
  - (ii) Les renseignements concernant cette décision ne doivent pas être divulgués à la famille, sauf si le patient donne son consentement éclairé.
- b) Patient incapable :**
  - (i) Le médecin *ou une infirmière autorisée* tente de connaître les volontés du patient exprimées *verbalement, par écrit ou par tout autre forme de communication* auprès du mandataire spécial.
3. Les discussions avec le patient capable ou le mandataire spécial doivent être notées par le membre d'une profession de la santé réglementée dans les notes d'évolution interdisciplinaires.
4. *Les patients qui demandent de ne pas être réanimés reçoivent un bracelet d'identification bleu.*
5. *Le médecin traitant (ou de garde) est avisé dans les 24 heures par écrit ou par téléphone.*
6. Les volontés du patient sont présentées à l'équipe clinique à la prochaine réunion de prise en charge des patients hospitalisés ou à une autre rencontre appropriée.
7. La directive « NE PAS RÉANIMER » doit être inscrite sur la feuille d'ordonnance du médecin par le médecin ou une infirmière autorisée. La feuille d'ordonnance doit être cosignée par le médecin dans les 24 heures.
8. L'abréviation « DNR » et la date du dernier examen doivent être inscrites à l'encre rouge dans le plan de soins infirmiers. Toute modification au statut DNR doit être signalée au personnel infirmier à chaque changement de quart de travail pendant une période de 72 heures. Le statut du code du patient est communiqué à l'ensemble du personnel infirmier par une méthode appropriée pour l'unité. Le statut du code du patient doit faire l'objet d'une discussion à chaque réunion de prise en charge des patients hospitalisés.

**APPLICATION :**

*Lorsqu'un patient faisant l'objet d'une ordonnance DNR est en détresse, le personnel doit signaler une « urgence médicale » et non un « code bleu ».*

**Réanimation en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire**  
**ADM VIII 210**

**TRANSFERT DE PATIENTS :**

- a) Lorsqu'un patient est transféré à un autre hôpital pour obtenir des examens diagnostiques ou des interventions thérapeutiques particulières, la politique de l'hôpital en question s'applique. *Cette politique est expliquée au moment de l'admission.*
- b) La *directive* du patient est communiquée à l'équipe de soins de santé de l'hôpital en question.

**ANNULATION DES ORDONNANCES « DNR »**

- a) Si un patient souhaite annuler son statut DNR, l'ordonnance DNR prend fin immédiatement. Le professionnel de la santé qui reçoit la demande du patient d'annuler l'ordonnance coupe le bracelet, note les volontés du patient dans le dossier clinique et les communique au médecin traitant ou à l'infirmière, ou aux deux.
- b) Si un patient devient incapable, le mandataire spécial peut modifier le statut DNR. On s'attend à ce que le mandataire spécial respecte les volontés implicites ou exprimées verbalement, par écrit ou par toute autre forme de communication par le patient avant la perte de sa capacité mentale.