

# FORMULAIRE DES DISPOSITIONS DE FIN DE VIE

## RUBRIQUE I. DONNÉES OBLIGATOIRES

Mes données personnelles sont les suivantes :

**NOM, PRÉNOM :** .....

**ADRESSE :** .....

**MATRICULE :** .....

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :** .....

**TÉLÉPHONE :** .....

Facultatif :

**GSM :** .....

**ADRESSE E-MAIL :** .....

Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je consigne par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :

*que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,  
que je suis inconscient(e) et  
que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.*

Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées.

Date et signature du requérant :

.....  
Date

Signature du requérant



Si vous êtes dans l'impossibilité physique de rédiger et de signer ce document vous-même, vous avez la possibilité qu'une personne de votre choix retranscrive ce que vous lui dictez, en présence de deux témoins. Les témoins et votre personne de confiance signent le document. Les raisons pour lesquelles vous étiez dans l'impossibilité de rédiger et de signer les dispositions vous-même doivent être décrites dans le document et attestées par un médecin.

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 4( 2) de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

**MADAME / MONSIEUR :** .....

qui est, pour les raisons suivantes, dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même ses dispositions de fin de vie.

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM :** .....

**QUALITÉ :** .....

**ADRESSE :** .....

**DATE ET SIGNATURE :** .....

**NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :** .....

Signature

.....  
Date

## EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé vos dispositions de fin de vie

- Faites-les enregistrer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation afin qu'elles soient valides.
- Gardez une copie des dispositions de fin de vie et la lettre d'enregistrement de la Commission de Contrôle chez vous.
- Donnez une copie des dispositions de fin de vie et de la lettre d'enregistrement :
  - à votre personne de confiance ;
  - à votre médecin traitant ;
  - au personnel du CIPA, de l'hôpital, etc. (le cas échéant) ;
  - à une tierce personne.
- Enregistrez une copie, si vous le désirez, dans votre dossier de soins partagés.

Les dispositions de fin de vie peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander tous les 5 ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant.

Si vous exprimez d'autres volontés en-dehors des dispositions de fin de vie dans le formulaire, celles-ci ne sont pas couvertes par la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Ces volontés, tout en étant légales et valables, ne peuvent donc pas être enregistrées auprès de la Commission. Ces volontés font partie de la directive anticipée ou des souhaits personnels. Par conséquent, nous vous recommandons d'informer vos personnes de confiance et vos proches de l'existence et de la teneur de ce document, d'en remettre une copie à votre médecin traitant et, le cas échéant, aux responsables de l'institution qui vous prend en charge, hôpital ou centre intégré pour personnes âgées par exemple.