

FORMULAIRE DE DIRECTIVE ANTICIPÉE

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :

MATRICULE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

TÉL. / GSM :

E-MAIL :

Pour le cas où je me trouverais dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et que je sois dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, j'ai rédigé ma directive anticipée, qui selon la loi est à prendre en compte par le médecin traitant.

Je désire que toutes les décisions soient prises d'après ma directive anticipée et/ou, le cas échéant, en accord avec ma personne de confiance.

PERSONNE DE CONFIANCE

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous :

- à exprimer ma volonté concernant les décisions relatives aux soins et aux traitements, et
- à donner en mon nom le consentement aux mesures proposées.

NOM ET PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉL. / GSM :

E-MAIL :

J'autorise les médecins et le personnel soignant à fournir à ma personne de confiance, pour ce faire, toutes les informations indispensables.

- (1) Je demande d'arrêter les examens et traitements au cas où ces derniers n'apporteraient ni soulagement, ni amélioration de mon état, ni espoir de guérison et ne feraient que retarder ma mort sans pour autant pouvoir arrêter le cours de la maladie.

Ceci inclut le cas spécifique du coma irréversible, c'est-à-dire le cas où mon cerveau serait gravement et durablement lésé par un accident ou par la maladie, entraînant une perte de la conscience qui serait selon toute vraisemblance irréversible.

oui non

- (2) En accord avec ma décision sous 1), je demande à ce que mon médecin n'effectue pas les traitements et mesures suivants, s'ils n'amènent pas d'amélioration de mon état ou d'espoir de guérison et ne font que retarder ma mort.

Les traitements / mesures suivants ne sont plus à mettre en œuvre :

- respiration / ventilation artificielle ;
- alimentation artificielle ;
- hydratation artificielle ;
- tous les médicaments qui ne contribuent plus à ma qualité de vie ;
- dialyse ;
- traitement à l'hôpital ;
- autres

(3) Remarques supplémentaires :

.....

.....

(4) Pour les soins et l'accompagnement en fin de vie, je souhaite :

- a) Concernant l'équipe soignante, pour les soins corporels et mon bien-être :
(par exemple : position au lit / au fauteuil, massages, huiles essentielles, musique, aliments / boissons préférées...)

.....

.....

.....

- b) Concernant l'accompagnement :
famille / proches, psychologique, spirituel / religieux, bénévoles, autre
(prière de donner des informations précises)

.....

.....

.....

UNE COPIE DE CETTE DIRECTIVE ANTICIPÉE A ÉTÉ TRANSMISE À :

1. Ma personne de confiance

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TÉL. / GSM :

E-MAIL :

2. Médecin traitant**NOM ET PRÉNOM :****ADRESSE :****TÉL. / GSM :****E-MAIL :****3. Dossier médical** (p. ex. : dossier de soins partagés, CIPA, hôpital, etc.)**4. Autre(s) personne(s)****NOM ET PRÉNOM :****ADRESSE :****TÉL. / GSM :****E-MAIL :**

Suite à la rédaction de ma directive anticipée, j'ai également réfléchi à d'autres points qui m'importent.

SOUHAITS, EN DEHORS D'UNE MALADIE INCURABLE, SI JE SUIS HORS D'ÉTAT DE MANIFESTER MA VOLONTÉ :

Si je suis hors d'état de manifester ma volonté, de façon temporaire ou permanente, le prestataire de soins de santé cherchera à établir ma volonté présumée en faisant appel :

- À ma personne de confiance.
- À mes proches.
- À toute autre personne susceptible de connaître ma volonté.

En cas de situation d'urgence

- Je demande au prestataire de soins de santé de prendre toutes les mesures d'urgence dans mon intérêt.
- J'ai réfléchi et ai établi ma volonté :

ressuscitation cardio-pulmonaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
respiration/ventilation artificielle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
alimentation artificielle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Commentaires :

.....

SOUHAITS CONCERNANT MON CORPS APRÈS LA MORT

Don d'organes

- Je n'autorise aucun prélèvement d'organes en vue d'une transplantation.
- J'autorise le prélèvement d'organes en vue d'une transplantation, à l'exception du/des organe/s suivant/s :

.....

.....

Après ma mort, je souhaite :

- être enterré(e)
- être incinéré(e)
- mes cendres seront

Autres souhaits en relation avec les obsèques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Par la présente, je certifie que cette directive anticipée correspond à l'expression de ma volonté libre et éclairée et que j'ai rédigé cette directive après mûre réflexion.

Fait en exemplaires

....., le

Lieu / date

.....
Nom et prénom

Signature

SI VOUS ÊTES DANS L'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE DE RÉDIGER / SIGNER CE DOCUMENT VOUS-MÊME, VOUS AVEZ LA POSSIBILITÉ QU'UNE DE DEUX PERSONNES DE VOTRE CHOIX RETRANSCRIVE CE QUE VOUS LUI DICTEZ, LES DEUX SIGNANT COMME TÉMOINS

Nous soussigné(e)s, témoins en vertu de l'article 5 (2) de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, attestons que le présent document est l'expression de la volonté libre et éclairée de :

MADAME / MONSIEUR :

qui est dans l'impossibilité de rédiger et de signer elle / lui-même sa directive anticipée.

NOM ET PRÉNOM :

QUALITÉ :

ADRESSE :

DATE ET SIGNATURE :

NOM ET PRÉNOM :

QUALITÉ :

ADRESSE :

.....
Date

Signature

EXPLICATIONS COMPLÉMENTAIRES

Après avoir rédigé, daté et signé votre directive anticipée

- gardez l'original chez vous à un endroit facilement accessible
- donnez une copie
 - 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

RENOUVELLEMENT :

La durée de validité de la directive anticipée n'est pas fixée par la loi et est donc valable jusqu'à sa modification ou son abrogation. Néanmoins, nous vous recommandons de revoir la directive anticipée tous les 5 ans et de la confirmer ou de la modifier selon vos choix.

QUESTIONS ET RÉPONSES AUTOUR DE LA DIRECTIVE ANTICIPÉE

1. Qu'est-ce qu'on entend par « soins palliatifs » ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques, spirituels et sociaux de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils incluent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique. À cette fin, des professionnels de différentes disciplines collaborent étroitement : médecins, infirmiers et aide-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux et autres. La volonté de la personne malade est respectée dans toutes les décisions du traitement.

Les soins palliatifs consistent en une prise en charge globale de la personne malade.

2. Où sont offerts les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont dispensés à domicile, à l'hôpital, au Haus Omega – centre de soins palliatifs – et en institution pour personnes âgées.

3. Qui a droit aux soins palliatifs ?

Toute personne en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, a un droit légal aux soins palliatifs.

4. Qui prend en charge les coûts des soins palliatifs ?

Les coûts des soins palliatifs sont pris en charge par la Caisse Nationale de Santé (CNS) sur demande du médecin traitant (« carnet de soins » de la personne soignée en fin de vie).

5. Congé d'accompagnement

Saviez-vous que selon la loi vous avez droit à un « congé d'accompagnement » pour rester auprès d'une personne mourante de votre famille proche ?

Vous avez droit à 5 jours (maximum 40 heures) par an et par personne en fin de vie, qui peuvent être répartis selon les besoins des proches.

Vous trouvez les formulaires de demande pour ce congé sous www.cns.lu, tél. 27 57-1.

Informations supplémentaires : voir à la fin de ce document.