

MA DIRECTIVE ANTICIPÉE

Préambule

Dans votre directive anticipée (Patientenverfügung), vous pouvez consigner vos volontés pour votre fin de vie. La loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, prévoit ce qui peut être réglé par une directive anticipée. Il s'agit :

- des conditions du traitement
- de la limitation du traitement
- de l'arrêt du traitement, y compris le traitement de la douleur.

Votre directive anticipée est applicable si les deux conditions suivantes sont remplies :

- vous vous trouvez en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable ET
- vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté

Tant que vous pouvez vous exprimer, votre directive écrite n'est pas prise en compte.

Avant de compléter ce document, il vous est recommandé de vous entretenir d'abord avec vos proches, votre personne de confiance et le cas échéant avec votre médecin traitant.

D'après la loi citée ci-dessus, vous pouvez prétendre :

- au soulagement de la souffrance physique et psychique, comme par exemple les douleurs, les problèmes respiratoires, l'agitation, l'angoisse, la soif, ...
- au respect de vos souhaits concernant un accompagnement psychologique et spirituel
- au soutien de vos proches
- à la prise en compte des éléments apportés par votre personne de confiance dans toutes les décisions à prendre.

Nom et prénom

Date de naissance / matricule

Adresse

Code postal / localité

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 serais dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, j'ai rédigé ma directive anticipée. Elle est à prendre en compte par le médecin traitant.

Je suis conscient(e) que ma directive anticipée sert d'orientation et d'aide à la décision pour mon médecin. Je désire que toutes les décisions soient prises d'après ma directive anticipée ou le cas échéant en accord avec ma personne de confiance.



omega 90

138, rue Adolphe Fischer
L - 1521 Luxembourg
Tél. : 29 77 89 -1
Fax : 29 85 19
E-mail : info@omega90.lu
www.omega90.lu

MA DIRECTIVE ANTICIPÉE

- (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 vue de soulager la souffrance physique et psychique, je consens à un traitement de la souffrance physique ou psychique qui peut éventuellement avoir comme effet secondaire d'avancer la fin de ma vie.

oui non

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

Je renonce aux traitements / mesures suivants, si je suis mourant(e) :

- respiration / ventilation artificielle oui non

- alimentation artificielle oui non

- hydratation artificielle oui non

- tous les médicaments qui ne contribuent plus à ma qualité de vie oui non

- dialyse oui non

- traitement à l'hôpital oui non

- autres oui non

- (4) Remarques supplémentaires :

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

- (5) 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 : mobilisation et position au lit / au fauteuil, massages, huiles essentielles, musique, aliments / boissons préférés, ...)

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

b) Concernant l'accompagnement :

famille / proches ; spirituel / religieux ; psychologique ; autre (prière de donner des informations précises)

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

(6) 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 :

Tel. /Gsm : E-mail :

Dans ce sens j'autorise les médecins et le personnel soignant à donner toutes les informations à ma personne de confiance.

Je soussigné(e), personne de confiance désignée ci-dessus, accepte la mission qui m'est confiée.

.....

Lieu / date / signature de la personne de confiance

Une copie de cette directive anticipée a été transmise à :

1. Ma personne de confiance

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. /Gsm : E-mail :

2. Autre personne

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. /Gsm : E-mail :

3. Médecin traitant

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. /Gsm : E-mail :

(7) 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

Après avoir rédigé, daté et signé votre directive anticipée, faites autant de copies que nécessaire :

- gardez l'original chez vous à un endroit facilement accessible
- donnez une copie
 - à votre personne de confiance
 - à votre médecin traitant ou à une tierce personne
- gardez la carte ci-jointe dans votre portefeuille, ensemble avec la carte de la CNS.

Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger / signer ce document vous-même, vous avez la possibilité de faire écrire et signer par une personne de votre choix ce que vous lui dictez. Une deuxième personne doit contresigner que ce qui a été écrit, correspond à l'expression de votre volonté libre et éclairée.

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

*Madame/Monsieur
qui est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle / lui-même sa directive anticipée.*

Nom/prénom:

Nom/prénom:

Qualité:

Qualité:

Date et signature:

Date et signature:

Renouvellement (tous les 3 à 5 ans) : En datant et en signant, je confirme ma directive anticipée :

.....
1. Lieu / date / signature

.....
2. Lieu / date / signature

.....
3. Lieu / date / signature

.....
4. Lieu / date / signature

**Pour tout complément d'information et de conseil, veuillez s. v. p. vous adresser à Omega 90 asbl: tél. : 29 77 89 - 1
e-mail: info@omega90.lu
www.omega90.lu**

Deuxième édition 2013

*Editeur responsable: Omega 90 asbl
136 - 138, rue Adolphe Fischer / L - 1521 Luxembourg
BP 1232 / L - 1012 Luxembourg*

Souhaits en rapport avec mon corps après la mort.

Suite à la rédaction de ma directive anticipée, j'ai également réfléchi à d'autres points qui m'importent. Je suis conscient(e) que ces souhaits supplémentaires ne tombent pas sous l'application de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Je rédige ce qui suit dans l'espoir que mon entourage s'engage à respecter mes volontés.

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 mes obsèques:

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

Lieu, le Nom et prénom / Signature

La carte ci-jointe est à remplir et à détacher.

Pour le cas où, lors d'une admission à l'hôpital, vous ne seriez plus capable de remettre votre directive anticipée au médecin ou au personnel soignant, les personnes figurant sur cette carte pourront être informées afin qu'elles puissent remettre une copie de votre document au médecin ou au personnel soignant.

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom & Prénom

Adresse

Tél.

E-mail

MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom

Adresse

Tél.

E-mail

La carte ci-jointe est à remplir et à détacher.

Pour le cas où, lors d'une admission à l'hôpital, vous ne seriez plus capable de remettre votre directive anticipée au médecin ou au personnel soignant, les personnes figurant sur cette carte pourront être informées afin qu'elles puissent remettre une copie de votre document au médecin ou au personnel soignant.

Questions et réponses autour des « soins palliatifs »

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

Par « soins palliatifs », on entend les traitements et soins donnés à une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, en vue de soulager les souffrances physiques et psychiques et de contrôler les douleurs et les symptômes pénibles. Les soins palliatifs ont pour but de maintenir et d'améliorer la qualité de vie, si la maladie elle-même ne peut plus être guérie.

2. Quels sont les particularités des soins palliatifs ?

Les soins palliatifs consistent en une prise en charge globale de la personne malade, ils tiennent compte des besoins de la personne au niveau physique, psychique, spirituel et social. A cette fin, des professionnels de différentes professions 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 proches de la personne peuvent être intégrés dans la prise en charge et accompagnés jusqu'après le décès de la personne.

3. 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. Pour de plus amples informations, contactez votre médecin ou infirmier(ère).

4. Qui a droit aux soins palliatifs ?

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

5. 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).

6. 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

Vous trouvez des informations supplémentaires :

- Guide des soins palliatifs sur www.sante.lu
- www.omega90.lu
- Conseil par téléphone : Omega 90 asbl, 29 77 89-1



omega 90

138, rue Adolphe Fischer
L-1521 Luxembourg
Tél. : 29 77 89 -1
Fax : 29 85 19
E-mail : info@omega90.lu
www.omega90.lu

MA DIRECTIVE ANTICIPÉE

Nom & Prénom

Adresse

omega 90

Tél.

E-mail

138, rue Adolphe Fischer
L-1521 Luxembourg
Tél.: 29 77 89 -1
Fax: 29 85 19
E-mail: omega90@pt.lu
www.omega90.lu