

Dispositions de fin de vie

pour une personne majeure capable de rédiger, dater et signer le document¹

Elles doivent être envoyées et enregistrées à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, Ministère de la Santé L-2935 Luxembourg².

Données obligatoires

Je, soussigné(e):

Nom: _____

Matricule: _____

Adresse: _____

Code Postal / Lieu: _____ / _____

Téléphone, 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.

Si le médecin traitant estime ne pas pouvoir agir selon mes vœux, j'exige que ma demande soit transmise à un confrère disposé à y consentir.

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

Lieu, Date: _____

Signature du requérant: _____

Ces dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation où les conditions réunies permettent une euthanasie ou assistance au suicide.

¹ Il existe également un formulaire « Dispositions de fin de vie pour une personne majeure capable qui est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et signer ces dispositions » (Ce formulaire est disponible auprès de l'ADMD-L ou sur le site www.sante.lu).

² Conformément à la Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Conformément à la Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Les dispositions sont valables pour cinq ans à partir de la date de l'enregistrement. La Commission demandera au déclarant de reconfirmer ses dispositions. Elles peuvent être réitérées, adaptées ou annulées à tout moment. Tout changement doit être enregistré.

Données non-obligatoires

Remarques personnelles concernant:

Le ou la requérant(e) a la possibilité – mais sans obligation - de préciser ou d'encore ajouter par écrit ses remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles il ou elle désire subir une euthanasie.

1. les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie*:

- Je refuse tout acharnement thérapeutique, diagnostique ou autre, y compris la réanimation qui n'a pas une chance réelle de me ramener à une existence que je considère comme digne.
- Je refuse tout acte ayant pour objet de me maintenir artificiellement en vie, en particulier l'alimentation artificielle, sauf s'il s'agit d'un traitement temporaire en vue du rétablissement d'une vie jugée digne par moi. Je demande qu'en même temps qu'il est mis fin à ces moyens artificiels de survie et que cet acte de cessation entraîne à terme la mort, une agonie me soit épargnée.

La présente demande vise aussi les situations d'arrêt de traitements et de coma irréversible sans que mon décès ne soit prévisible à bref délai.

- *Eventuellement d'autres remarques personnelles:*

** Biffer les mentions qui ne conviendraient pas*

Lieu, Date: _____

Signature du requérant: _____

2. les « personnes de confiance »:

Le ou la requérant(e) a la faculté de désigner une ou plusieurs « personnes de confiance ». Ceci n'est pas une obligation.

Je désigne la ou les personnes citées ci-après comme « Personnes de confiance majeures », chargées de mettre le médecin au courant de mes dernières volontés. Ces personnes ont reçu copie de ce document et ont consenti à s'en charger. Elles devront également être informées dans le cas où je me trouverais dans la situation dans laquelle mes présentes dispositions anticipées pourraient être appliquées.

1.

Nom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Code Postal / Lieu: _____ / _____

Téléphone, E-Mail: _____ / _____

2.

Nom: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____

Code Postal / Lieu: _____ / _____

Téléphone, E-Mail: _____ / _____

3. Cérémonie des funérailles et mode de sépulture*:

Cérémonie: Religieuse Laïque

Musique: _____

Fleurs: _____ Dons: _____

Sépulture: Enterrement Incinération

Cimetière: _____ Dispersion des cendres: _____

* Biffer éventuellement les mentions qui ne conviendraient pas

Lieu, Date: _____

Signature du requérant: _____