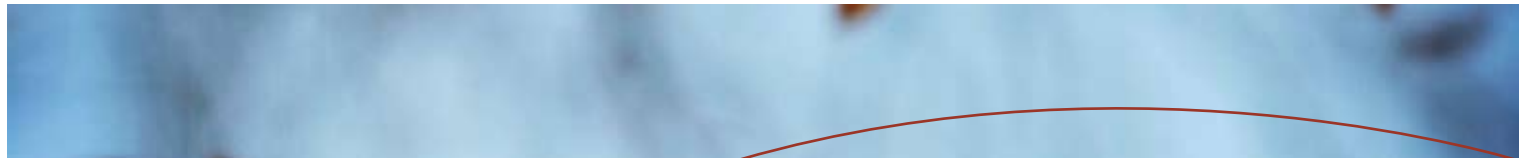


Prenons soin de demain ...

Optons ensemble

pour une fin de vie dans la dignité





Optons ensemble

pour une fin de vie dans la dignité

Table des matières

Introduction	p. 1	Annexes*
Possibilités		Annexe 1 - Déclaration anticipée 'négative'
Les soins palliatifs	p. 1	Annexe 2 A - Demande actuelle
Déclaration anticipée négative	p. 2	Annexe 2 B - Demande actuelle
Demande actuelle d'euthanasie	p. 2	Annexe 3 - Déclaration anticipée d'euthanasie
Déclaration anticipée d'euthanasie	p. 2	Annexe 4 Déclaration relative au mode de sépulture
Déclaration relative au mode de sépulture	p. 3	Annexe 5 Déclaration de don d'organes
Déclaration de don d'organes	p. 3	
Don du corps à la science	p. 3	
Des questions?	p. 3	

(*) Ces annexes peuvent servir de documents officiels



Introduction

Vous souhaitez préserver votre qualité de vie jusqu'au bout? C'est tout à fait possible! Nous vous invitons un court instant à y réfléchir.

Mourir fait aussi partie de la vie. Vos choix pour cette fin de vie seront déterminés par vos valeurs, votre passé ou vos attentes. Il est important de partager vos choix avec votre famille, votre médecin, d'autres prestataires de soins et votre entourage. Ainsi, vous vous assurez de bénéficier du soutien nécessaire et de l'exécution de vos souhaits, surtout si l'on prend le cas d'une personne se trouvant devant la difficulté de communiquer .

Vous souhaitez d'ores et déjà clairement formuler vos attentes? Plusieurs possibilités s'offrent à vous. Certains choix nécessitent une déclaration écrite. Il faut être majeur et jouir de toutes ses facultés.

Le cas échéant, votre mutualité peut vous aider à remplir, à transmettre les documents nécessaires, à organiser les soins. N'hésitez pas à contacter notre Service social. A la fin de cette brochure, vous trouverez également d'autres organisations auxquelles vous adresser.



Possibilités

Les soins palliatifs

Une personne qui se trouve en situation palliative (= affection incurable, mais pas forcément terminale) a toujours droit aux soins palliatifs. Il s'agit d'une offre totale de soutien médical, psychosocial et spirituel, tant pour le patient que pour son entourage. En concertation avec le patient, les prestataires de soins recherchent les soins palliatifs les mieux adaptés et un contrôle optimal des symptômes.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés au domicile du patient, à l'hôpital ou dans une unité de soins palliatifs, mais également dans les maisons de repos et de soins et autres centres d'accueil. Ces soins supplémentaires sont totalement gratuits.

Dans les centres de jour palliatifs, des rencontres sont organisées pour le patient et sa famille. Cet accueil permet également d'offrir un peu de répit aux personnes chargées des soins quotidiens à domicile. Pour plus d'informations sur les soins palliatifs de votre région, consultez le site web www.pzwvl.be, www.inami.fgov.be ou le service social de votre mutualité.

Les soins palliatifs peuvent être déterminés par d'autres choix repris dans les pages suivantes.





Déclaration anticipée négative

Voir annexe 1.

Dans la déclaration anticipée négative, vous pouvez indiquer tous les traitements ou examens que vous ne voulez plus subir si vous ne jouissez plus de toutes vos facultés. Grâce à ce document, les médecins pourront connaître les traitements que vous acceptez ou refusez. Cette déclaration est importante dans la concertation entre les prestataires de soins et la famille, afin de respecter la volonté du patient. Il ne faut pas de témoin. Cette déclaration a une validité illimitée et peut être revue à tout moment.

Si vous êtes dans l'incapacité de remplir ce document vous-même, vous pouvez demander de l'aide à une tierce personne en présence de votre médecin traitant.

Ce document ne doit pas être enregistré à la commune. Il vous est conseillé de remettre une copie à votre médecin de famille ou au médecin traitant et à votre représentant.

Le médecin est obligé de respecter la volonté du patient qui lui sera communiquée par son représentant légal. La désignation du représentant s'effectue de préférence au moyen de la déclaration anticipée négative qui sera signée tant par le patient que par son représentant légal.

Lorsqu'aucun représentant n'est désigné ou que le représentant n'est pas (ou plus) capable d'exercer son rôle, un membre de la famille peut reprendre cette fonction.

Le représentant est la personne que vous avez désignée pour exprimer votre volonté lorsque vous n'en êtes plus capable vous-même. Le médecin est obligé de respecter la vision de votre représentant légal. Vous désignez votre représentant à l'aide de la déclaration écrite et datée, qui sera signée par vous-même et par votre représentant légal.

Demande actuelle d'euthanasie

Voir annexe 2 (A ou B).

L'euthanasie est un acte qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande explicite de celle-ci. La loi prévoit un certain nombre de conditions à l'euthanasie. Il doit s'agir d'une situation médicale sans issue, avec un état de souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

La possibilité d'euthanasie sera abordée à plusieurs reprises avec le médecin traitant et la demande doit se faire par écrit. La demande écrite peut être formulée sur papier libre. Aucun formulaire type n'est prévu à cet effet. En annexe vous trouverez néanmoins un exemple possible de lettre.

Aucune pression ne peut être exercée sur le patient.

L'avis d'un deuxième médecin est toujours obligatoire. Les patients qui ne sont pas en phase terminale, doivent également recevoir l'avis d'un troisième médecin (spécialisé dans l'affection ou d'un psychiatre).

Le médecin n'est pas tenu de pratiquer une euthanasie et le patient a dès lors le droit de faire intervenir un autre médecin. Parlez-en donc à temps avec votre médecin.

Si le patient n'est plus capable d'écrire la demande lui-même, la demande peut être consignée par écrit par un tiers, à condition que celui-ci ne soit pas un héritier et/ou un légataire, et en présence d'un médecin.

Déclaration anticipée d'euthanasie

Voir annexe 3.

Toute personne peut, à l'aide de ce document, choisir au préalable de mourir par euthanasie en cas de **coma irréversible** et n'étant donc plus capable de prendre une décision.

La validité du document est limitée à cinq ans et peut être prolongée sur l'initiative du patient. Si au bout de ces cinq années, le requérant n'est plus capable de prolonger sa demande, celle-ci reste valable. Le document n'a de valeur légale que s'il est cosigné par deux témoins. Ceux-ci déclarent que le requérant

a établi sa déclaration volontairement et consciemment. L'un des deux ne peut pas être un héritier et/ou un légataire. Si le patient lui-même n'est plus en état de rédiger ou de signer la déclaration, un médecin doit joindre un certificat médical à la déclaration anticipée.

Il est également conseillé de faire appel à une ou plusieurs personnes de confiance.

Dans le cadre de la réglementation, la personne de confiance est la personne que vous avez désignée et qui exprime votre volonté lorsque vous n'êtes plus capable de le faire vous-même.

Tous les signataires reçoivent un exemplaire original de la déclaration d'euthanasie. Il est également conseillé de conserver une copie dans le dossier médical du médecin de famille.

Ce document peut être enregistré à la commune.

Déclaration relative au mode de sépulture

Voir annexe 4.

Ce document vous permet d'exprimer votre choix de mode de sépulture et le rituel souhaité. Ce choix peut être modifié à tout moment.

En déposant ce document auprès du service d'état civil de votre commune, l'exécution de vos choix est garantie. Vous pouvez également remettre un exemplaire à votre médecin de famille, votre représentant et/ou personne de confiance.

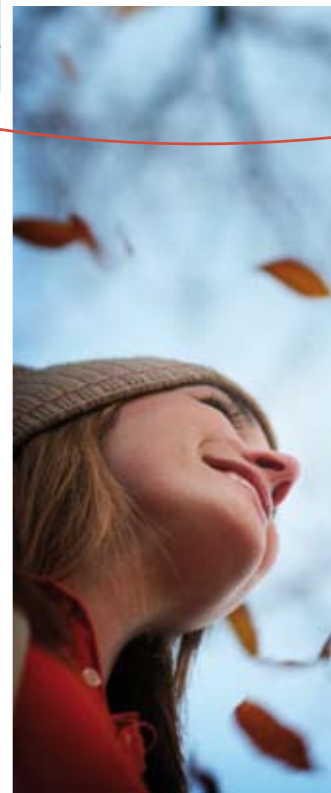
Déclaration de don d'organes

Voir annexe 5.

La législation belge stipule qu'en principe, les organes sont prélevés, sauf si les proches en décident autrement au moment venu.

En remplissant la déclaration jointe, vous pouvez vous-même autoriser ou refuser tout prélèvement d'organes.

Ce document peut être enregistré à la commune. Il est conseillé de remettre une copie à votre médecin de famille, votre représentant et/ou personne de confiance.



Don du corps à la science

Dans cette déclaration de volonté, vous confirmez que votre corps peut être utilisé pour des recherches scientifiques.

Le document nécessaire peut être obtenu auprès de l'université de votre choix. Après le renvoi du document complété, l'établissement vous enverra un accusé de réception. Ce document doit être conservé avec votre carte d'identité. En cas de décès, la commune et l'hôpital universitaire seront en principe prévenus.

Des questions?

N'hésitez pas à contacter votre médecin (de famille) ou l'assistant social de votre mutualité.

Vous trouverez également de plus amples informations sur les sites suivants:

Palliatieve Zorg Vlaanderen
. www.pzwwvl.be of www.delatstereis.be

LevensEinde InformatieForum (LEIF)
. www.leif.be

DeMens.Nu
. www.deMens.nu

Annexes

Optons ensemble

pour une fin de vie dans la dignité



Déclaration anticipée 'négative'

Nom et prénom

Adresse

Numéro d'identification au Registre national

Si mon état physique ou psychique s'est dégradé au point qu'il n'y a plus d'espoir de guérison et que je ne peux plus exprimer ma volonté:

Je ne veux pas de traitement de prolongation de vie, mais seulement un traitement de confort. Je ne veux plus d'exams (par exemple, radiographie ou endoscopie) sauf s'ils sont destinés à améliorer mon confort.

Je ne veux pas (indiquer ce que vous ne voulez plus):

d'antibiotiques

d'alimentation et hydratation artificielle

de chimiothérapie

de rayons

d'opération

de respiration artificielle

de dialyse rénale

de réanimation

de soins intensifs

d'hospitalisation

d'autre traitement (remplissez vous-même):

.....

.....

.....

Je désigne un représentant pour faire valoir mes souhaits et mes droits si je suis dans l'incapacité de le faire moi-même.

Nom et prénom

Adresse

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Degré de parenté éventuel



Je ne suis pas capable de rédiger ma déclaration anticipée moi-même.

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante:

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

J'ai désigné
pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.

Les données personnelles de la personne précitée sont:

Adresse

Numéro d'identification au Registre national

Numéro de téléphone

Date et lieu de naissance

Degré de parenté éventuel

Cette déclaration a été établie en exemplaires signés et conservés à:
.....
.....
.....

Fait le, à

Date et signature du requérant:
.....

Date et signature du représentant:
.....

Date et signature de la personne désignée ayant établi la déclaration anticipée à la place
du requérant:

En présence du médecin traitant*:

Signature, date et cachet:

(mentionner le nom et la qualité de la personne auprès de chaque date et signature)

* Pas obligatoire - Lors de la signature, le médecin confirme que le patient jouit de toutes ses facultés pour établir cette déclaration anticipée négative

Demande actuelle

Modèle de demande écrite actuelle d'euthanasie **si le patient est capable de l'établir en personne***

Je

déclare être totalement conscient(e) de mon état de santé et de mon espérance de vie. J'en ai longuement parlé avec mon médecin traitant.

Je suis totalement conscient(e) de mon état de santé et de mon espérance de vie. Je subis des souffrances physiques et/ou psychiques permanentes et insupportables qu'il est impossible d'apaiser suffisamment. C'est pourquoi je demande l'euthanasie.

Mes données personnelles sont:

Nom:

Adresse:

Numéro de Registre national:

Lieu et date de naissance:

Je déclare exprimer cette requête librement et consciemment, en avoir discuté antérieurement et n'avoir fait l'objet d'aucune pression extérieure.

Je désigne (*nom complet*) comme ma personne de confiance.

Cette demande est établie en exemplaires signés et conservés à:

.....
(à un endroit ou chez une personne, mais au moins un exemplaire dans le dossier médical)

Fait le, à

(signature et nom du requérant)

* Si le patient n'est pas capable physiquement de remplir ce formulaire, vous pouvez utiliser l'annexe 2 B.



Commentaire demande écrite actuelle

Demande d'euthanasie pour un patient dont les souffrances sont insupportables

- écrite, datée et signée par le patient
- mentionne clairement qu'il/elle demande l'euthanasie
- la demande est jointe au dossier médical auprès du médecin traitant
- la demande est rétractable à la demande du patient et elle lui sera dans ce cas restituée

Demande actuelle

Modèle de demande écrite actuelle d'euthanasie si le patient n'est pas capable de l'établir en personne*

Madame/Monsieur
déclare ne pas être capable de rédiger sa demande pour la raison suivante:

.....
.....

Madame/Monsieur m'a, (*nom complet*)
désigné(e) pour consigner sa demande par écrit. Mes données personnelles, en tant que personne désignée, sont:

Nom:

Adresse:

Numéro de Registre national:

Numéro de téléphone:

Lieu et date de naissance:

Degré de parenté éventuel:

Lors de l'établissement de cette demande, le médecin traitant, le Docteur est présent.

Monsieur/Madame déclare être totalement conscient(e) de son état de santé et de son espérance de vie. Il/Elle déclare subir des souffrances physiques et/ou psychiques permanentes et insupportables. Il est impossible d'apaiser suffisamment cette souffrance. C'est pourquoi il/elle demande l'euthanasie.

Les données personnelles de Monsieur/Madame sont:

Nom:

Adresse:

Numéro de Registre national:

Lieu et date de naissance:

Il/Elle déclare que cette requête est volontaire et réfléchie et qu'il en a été question antérieurement. Cette demande n'a pas fait l'objet d'une quelconque pression extérieure.

(éventuellement: Il/Elle désigne (*nom complet*) comme sa personne de confiance).

Cette demande est établie en exemplaires signés et conservés à:

.....
(à un endroit ou chez une personne, mais au moins un exemplaire dans le dossier médical)

Fait le, à

Signature
requérant

Signature
rédacteur

Signature
médecin traitant

(evt.) Signature
personne de confiance

.....

* Si le patient est physiquement capable de remplir ce formulaire, vous pouvez utiliser l'annexe 2 A.



Commentaire demande écrite actuelle

Demande d'euthanasie pour un patient dont les souffrances sont insupportables

- le patient fait appel à un tiers pour rédiger la demande à sa place
- le tiers doit être majeur
- le tiers ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient
- mention que le patient ne peut pas écrire lui-même + POURQUOI pas
- le médecin traitant est témoin de la rédaction de la demande et cosigne
- la demande est jointe au dossier médical auprès du médecin traitant
- la demande est rétractable à la demande du patient et elle lui sera dans ce cas restituée

Déclaration anticipée d'euthanasie

Rubrique I. Données obligatoires

A. Sujet de la déclaration anticipée

Monsieur/Madame (*): (nom et prénom)

(*) demande que dans le cas où il/elle (*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, le médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

(*) reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date): (1)

(*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date): (1)

(*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date):

B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes:

- résidence principale:

- adresse complète:

- numéro d'identification au Registre National:

- lieu et date de naissance:

C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature de deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

D. Les témoins

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont:

1) Nom et prénom:

Résidence principale:

Adresse complète:

Numéro d'identification au Registre national:

Numéro de téléphone:

Date et lieu de naissance:

Degré de parenté éventuel:

2) Nom et prénom:

Résidence principale:

Adresse complète:

Numéro d'identification au Registre national:

Numéro de téléphone:

Date et lieu de naissance:

Degré de parenté éventuel:



Rubrique II. Données facultatives

A. Les personnes de confiance éventuellement désignées

Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence:

- 1) Nom et prénom:
Résidence principale:
Adresse complète:
Numéro d'identification au Registre national:
Numéro de téléphone:
Date et lieu de naissance:
Degré de parenté éventuel:
- 2) (2)

B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante:

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (*nom et prénom*) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée. Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes:

- Résidence principale:
- Adresse complète:
- Numéro d'identification au Registre national:
- Numéro de téléphone:
- Date et lieu de naissance:
- Degré de parenté éventuel:

Cette déclaration est établie en (*nombre*) d'exemplaires signés qui sont conservés (*à un endroit ou chez une personne*):

.....
.....

Fait le, à

Nom	Nom	Nom	Nom
.....

Date et signature du requérant

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant (1)

Date et signature des deux témoins

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1)

(pour chaque date et signature, mentionner le nom et la qualité)

(*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

Déclaration relative au mode de sépulture

Déclaration relative aux dernières volontés en matière de mode de sépulture

Je soussigné(e),

résidant à,

(1) déclare à l'officier de l'état civil de la ville/commune*

.....

(2) révisé la déclaration relative au mode de sépulture déposée à la ville/commune*

le

(3) rétracte la déclaration relative au mode de sépulture déposée à la ville/commune*

le

- l'inhumation des restes mortels
- la crémation suivie de l'inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière
- la crémation suivie du placement des cendres dans le columbarium du cimetière
- la crémation suivie de la dispersion des cendres sur la parcelle du cimetière destinée à cet effet
- la crémation suivie de la dispersion des cendres en mer territoriale belge
- la crémation suivie de la dispersion des cendres à un endroit autre que le cimetière ou la mer territoriale belge
- la crémation suivie de l'inhumation des cendres à un endroit autre que le cimetière
- la crémation suivie de la conservation des cendres à un endroit autre que le cimetière



Rite des funérailles

- Cérémonie funéraire selon le culte catholique
- Cérémonie funéraire selon le culte protestant
- Cérémonie funéraire selon le culte anglican
- Cérémonie funéraire selon le culte orthodoxe
- Cérémonie funéraire selon le culte juif
- Cérémonie funéraire selon le culte islamique
- Cérémonie funéraire selon la conviction laïque
- Cérémonie funéraire selon la conviction philosophique neutre

Le contenu de la présente déclaration, faite de mon plein gré, constitue mes dernières volontés en matière de mode de sépulture.

Fait à, le

Signature

Récépissé de la déclaration relative aux dernières volontés en matière de mode de sépulture



En date du l'officier de l'état civil de la ville/commune*

.....
reconnait avoir reçu la déclaration relative aux dernières volontés en matière de sépulture

.....
Signature de l'officier de l'état civil ou de son mandataire:

Déclaration de don d'organes

ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale: AR du 30/10/86 (MB 14/02/1987)

<http://www.beldonor.be>

Commune:

Code postal:

Formulaire pour la manifestation de la volonté concernant le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus après le décès.

Nom - Prénoms:

Lieu et date de naissance (jj/mm/aaaa):

Numéro de Registre national:

Adresse :

- s'oppose à tout prélèvement d'organes et de tissus (1)
- se déclare expressément donneur (volonté expresse)
- lève la déclaration d'opposition (1)
- lève la déclaration de volonté expresse

(1) Pour les mineurs: le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait:

.....

Degré de parenté:

Fait à

Le

Signature du demandeur,

Signature du fonctionnaire,

Cachet de la commune

(1) le cas échéant



Optons ensemble

pour une fin de vie dans la dignité



Cette brochure est une initiative du collège intermutualiste de la Flandre-Occidentale



Bond Moyson
West-Vlaanderen

www.socmut.be



CHRISTELIJKE
MUTUALITEIT

www.cm.be



www.hziv.be
HZIV, de andere mutualiteit!

www.caami-hziv.fgov.be



www.liberalemutualiteit.be



VNZ 235

www.neutrale-ziekenfondsen.be



www.onafhankelijkziekenfonds.be

Avec le concours de



www.west-vlaanderen.be