Mäi Wëllen
Mäi Wee

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité Lëtzebuerg a.s.b.l.
1A, rue Christophe Plantin | L-2339 Luxembourg
T 26 59 04 82 | **M** info@mwmw.lu
www.mwmw.lu
RCS F4533

DISPOSITIONS DE FIN DE VIE [1]

Les Dispositions de fin de vie doivent être envoyées et enregistrées à la « Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide », Ministère de la Santé, L-2935 Luxembourg.

RUBRIQUE 1 DONNÉES OBLIGATOIRES

Nom et Prénom .....

Matricule .....

Rue ..... N° .....

Code postal .....

Localité .....

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**

Remarques personnelles concernant ces 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 .....

Signature du/
de la requérant(e)

.....

[1] Dispositions de fin de vie selon la « loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide »
(Mémorial A-N46 vom 16.03.2009, page 615)

Mäi Wëllen
Mäi Wee

RUBRIQUE 2 DONNÉES FACULTATIVES

REFUS DE TRAITEMENT [2]

En cas d'incapacité de pouvoir décider par moi-même sur les modalités de mon traitement en raison d'une maladie incurable ou de dommages physiques résultants d'un accident et qui seraient irréversibles selon l'état actuel de la science, j'exige que :

- les médecins s'abstiennent de prolonger ma vie, s'il n'y a pas de chance réelle de me ramener à une existence active et indépendante
- Je refuse donc tout acte ayant pour objet de me maintenir artificiellement en vie, en particulier l'alimentation artificielle. Je refuse tout acharnement thérapeutique!
- Dans le cas où je serais déjà branché à des appareils, je demande qu'il soit mis fin à ces moyens artificiels de survie, que cet acte de cessation entraîne à terme la mort et qu'une agonie me soit épargnée.

Remarques personnelles :

.....

.....

.....

Signature : .....

DIRECTIVE ANTICIPÉE [3]

Si personne ne veut débrancher les appareils qui me maintiennent artificiellement en vie ou si une euthanasie ne peut pas être effectuée, je souhaite qu'un traitement palliatif pour le soulagement de la douleur me soit administré même si cela doit entraîner ma mort.

Dans ce seul cas, je souhaite la sédation palliative.

Signature : .....

DON D'ORGANES

Mes organes peuvent être prélevés pour des raisons médicales:

☐ **Oui**, je veux faire un don d'organes

☐ **Non**, je refuse de donner mes organes

Signature : .....

[2] Selon la « Convention des Droits de l'Homme, Art.8 » et de « la loi Luxembourgeoise du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, Art.40 ».
[3] « Directive anticipée » selon la « loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie » (Mémorial A-N46 du 16.03.2009, page 610).

Mäi Wëllen
Mäi Wee

CÉRÉMONIE DES FUNÉRAILLES ET MODE DE SÉPULTURE

Cérémonie

☐ Réligieuse Musique .....

☐ Laïque Fleurs ..... Dons .....

Sépulture

☐ Enterrement Cimetière .....

☐ Incinération Dispersion des cendres .....

PERSONNES DE CONFIANCE

- **Personne 1**

Nom et Prénom .....

Date de naissance .....

Rue ..... N° .....

Code postal .....

Localité .....

Téléphone ..... E-Mail .....

- **Personne 2**

Nom et Prénom .....

Date de naissance .....

Rue ..... N° .....

Code postal .....

Localité .....

Téléphone ..... E-Mail .....

Mäi Wëllen
Mäi Wee

- **Médecin de référence**

Nom et Prénom .....

Rue ..... N° .....

Code postal .....

Localité .....

Téléphone ..... E-Mail .....

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.

Les 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 d'inconscience selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Les dispositions de fin de vie, ainsi que tout changement éventuel, doivent obligatoirement être envoyés et enregistrés auprès de la :

Commission de Contrôle sur l'Euthanasie
Ministère de la Santé
L-2935 Luxembourg

- Vous recevrez une confirmation de la Commission de Contrôle et d'Evaluation sur l'Euthanasie que nous vous conseillons de joindre à une copie de votre testament de fin de vie, que vous rangerez en lieux sûrs.
- Vos dispositions de fin de vie sont valables 5 ans. Après ce délai, la Commission de Contrôle et d'Evaluation sur l'Euthanasie vous priera de confirmer à nouveau vos dispositions.
- Les dispositions peuvent être reitérées, retirées ou adaptées à tout moment.
  Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation sur l'Euthanasie .
- 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.
- Faites faire plusieurs copies du document signé.
- Gardez-en une copie chez vous avec votre testament, facile à trouver.

Mäi Wëllen
Mäi Wee

- Donnez une copie à votre partenaire, à un membre de votre famille, à une personne de confiance.
- Remettez une copie à votre médecin de famille ou médecin traitant et parlez avec lui de vos préoccupations éventuelles de fin de vie.
- En cas d'hospitalisation, remettez une copie à l'admission de la clinique avec prière de la placer dans votre dossier médical.
- Dans le cas d'une intervention chirurgicale avec anesthésie générale, parlez avec votre chirurgien et anesthésiste de ce qui vous préoccupe en cas de complications imprévues (réanimation).

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Subventionné par le Ministère de la Santé

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Famille, de l'Intégration
et à la Grande Région

Conventionné par le Ministère de la Famille
et de l'Intégration - CO-SF/5/2017

**Association pour le Droit de Mourir
dans la Dignité Lëtzebuerg a.s.b.l.**

Membre de la World Federation of Right to Die Societies -
Membre de la Fédération « Right to Die - Europe »

1A, rue Christophe Plantin | L-2339 Luxembourg
T 26 59 04 82 | **M** info@mwmw.lu | www.mwmw.lu

CCPLLULL IBAN LU 97 1111 1021 7837 0000 | BGLLLULL IBAN LU 42 0030 1828 4534 0000