

  Pour un testament de Vie 

Formulaire

MES DIRECTIVES POUR MA FIN DE VIE

Ce document vise à éclairer mon entourage et les soignants au sujet de mes volontés concernant ma personne et mes biens, dans l'éventualité où je n'aurais plus la capacité de les exprimer directement.

MES DIRECTIVES POUR MA FIN DE VIE

Ce document vise à éclairer mon entourage et les soignants au sujet de mes volontés concernant ma personne et mes biens, dans l'éventualité où je n'aurais plus la capacité de les exprimer directement.

!!! Je biffe toute mention qui ne me concerne pas

Je soussigné(e) Monsieur/Madame

né(e) à le

domicilié(e) rue n°

à

Téléphone : gsm :

Adresse mail :

en pleine possession de mes moyens intellectuels et en pleine connaissance de cause, **déclare ce qui suit :**

Je souhaite exercer mon droit à désigner une personne de confiance chargée de me représenter auprès des personnes habilitées à l'exécution des volontés exprimées ci-après et à mandater une personne qui m'assisterait ou me représenterait au cas où je ne serais plus apte à les formuler.



* J'ai désigné, auprès du juge de paix du canton de Huy, la personne de confiance qui m'accompagnera dans mes différentes démarches et sera éventuellement mon intermédiaire **auprès des personnes habilitées à l'exécution de mes volontés** lorsque je n'aurai plus la possibilité de les exprimer (formulaire en annexe)

* J'ai exprimé anticipativement auprès du juge de paix de mon canton mon souhait quant à la désignation d'un **administrateur provisoire** qui serait éventuellement désigné par le juge de paix

* j'ai désigné un mandataire en ce qui concerne mes soins de santé
Je confie ce testament de vie à

M(r) - (Mme)né(e) le

domicilié(e) à

N° de téléphone

que je considère dès maintenant comme ma personne de confiance

et à

** Rappel : biffer les mentions inutiles*



Lorsque j'aurai d'importants problèmes de mobilité ou que mon état nécessitera des soins importants :

* Je veux être informé(e) et pouvoir discuter avec les personnes autorisées, des possibilités qui me sont données soit pour **rester en mon domicile** soit pour **entrer en maison de repos**.

* Si mon **entrée en institution** est envisagée, (par exemple maison de repos, maison de repos et de soins, court séjour, habitat groupé, résidence-services), je souhaite que celle-ci réponde aux conditions suivantes :

* Si je suis atteint de **déficience mentale** (par exemple la maladie d'Alzheimer) je souhaite être admis(e) régulièrement en centre d'accueil de jour, et occasionnellement en court séjour, pour soulager ma famille.

Si je ne peux plus être pris(e) en charge chez moi, ou que cela devient trop lourd pour mon entourage, je souhaiterais bénéficier d'une place en cantou (voir annexe explicative) ou en maison de repos spécialisée dans le traitement de personnes souffrant de déficiences mentales.

En cas de maladie :

* Je désire être entièrement **informé(e)** de mon état de santé par le corps médical, connaissant la possibilité, au moment opportun, de le refuser.

* Je désire **être consulté(e) et informé(e)** du traitement préconisé afin d'exercer mon droit d'accepter ou de refuser celui-ci.

* Je souhaite que soit respecté mon droit de recevoir des soins qui **atténuent la souffrance**, même si ma vie peut en être abrégée.



Si je suis gravement malade et qu'on craint une issue fatale :

- * Je désire recevoir des **soins palliatifs** prestés par une équipe spécialisée.

- * **Lorsque je serai en fin de vie** et qu'il n'y aura plus aucun espoir d'amélioration ou de stabilisation de mon état, et si je me trouve dans l'incapacité d'exprimer ma volonté ou dans un état de dégradation irréversible de mes facultés :

- * je refuse **l'acharnement thérapeutique** par le recours à des moyens disproportionnés par rapport au projet de soins (par exemple par l'utilisation de machines et traitements douloureux tels que respirateurs et médicaments avec effets très invalidants).

- * *Rappel : biffer les mentions inutiles*

- * Lorsqu'il me sera devenu impossible de communiquer de quelque manière que ce soit, je veux qu'on mesure les propos tenus à mon chevet, car il est fort possible que je sois encore capable de les entendre.
D'autre part,

- * J'ai opté pour l'euthanasie dans le respect des conditions fixées par la loi du 28 mai 2002 et j'ai rempli à cet effet le document légal requis (déclaration anticipée d'euthanasie, à renouveler tous les cinq ans).

- * J'ai remis à l'Administration communale un formulaire de demande anticipée de don d'organes.

- * J'ai confié mon corps à l'université de



A propos de mes derniers moments :

* Je désire, si possible, vivre mes derniers moments - en (endroit à préciser : domicile, éventuellement maison de repos,)
et être accompagné(e) de
et être assisté(e) de (représentant religieux ou moral)

* Pour mes funérailles, je souhaite

J'ai rédigé ce document en pleine liberté et sans aucune pression.

Je sais que j'ai la possibilité de le modifier ou de le supprimer.

Je désire que la personne qui le détient veille à faire exécuter les volontés que j'y exprime. Je remets une copie de ce document à la personne de confiance désignée ci-dessus.

Je souhaite que ce document soit joint à mon dossier médical global.

Fait àle

Signature

Les soussignés

M. né(e) àle

M. né(e) àle

attestent que ce document a été rédigé par cette personne en parfaite lucidité.

Signature

Signature

Le CCCAW décline toute responsabilité quant à l'utilisation de ce document donné à titre exemplatif et proposé à la réflexion du lecteur.



Désignation d'un MANDATAIRE

dans le cadre de la représentation du patient (article 14§1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Je soussigné(e), , désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

Données personnelles du patient :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

Données personnelles du mandataire :

Nom et prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance :

Suite du contrat page suivante



Fait à, le (date)

Signature du patient :

- J'accepter ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à, le(date)

Signature du mandataire :

Recommandations :

1. Il est recommandé de rédiger ce formulaire en deux exemplaires, un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient et une copie peut en être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. En ce cas, le médecin est : (à compléter par le patient).

2. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.



Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)

Je soussigné (e), (nom et prénom du patient),
désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui
peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

o s'informer sur mon état de santé et son évolution probable

Période :

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

o consulter mon dossier patient

Période :

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

.....

o demander une copie de mon dossier patient

Période :

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

.....

Suite du contrat page suivante



Identité du patient :

- Adresse :

- Numéro de tél. : date de naissance

Identité de la personne de confiance :

- Nom et prénom :

- Adresse :

- Numéro de tél. : date de naissance :

Fait à le (date)

Signature du patient

Recommandation : Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

Information : Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus



Commission Fédérale "Droits du patient" - 19 décembre 2005
Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins
Service public fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALI-
MENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Nom du document : **révocation du mandataire** – version définitive 19/12/05
Personne de contact : Hubert Vincent
E.mail : vincent.hubert@health.fgov.be
Tél. : 02/524.85.23

REVOCAION du MANDATAIRE

désigné dans le cadre de la représentation du patient
(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Je soussigné,, révoque par la
présente la personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme mandataire
le/...../.....

Données personnelles du mandataire révoqué :

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Numéro de téléphone :
- Date de naissance :

Fait à, le (date)

Signature du patient :

Recommandation : Il est recommandé de mettre au courant toutes les per-
sonnes qui ont reçu la désignation originale établie le





Service social de la commune de Wanze
Maison Communale,
Chaussée de Wavre, 39 à 4520 Wanze
Tél. : 085/31 73 08 - Fax : 085/27 35 19
E-Mail : service.social@wanze.be

Cette brochure a été réalisée par
le Conseil consultatif communal des aînés de Wanze,
en collaboration avec la Commune de Wanze.