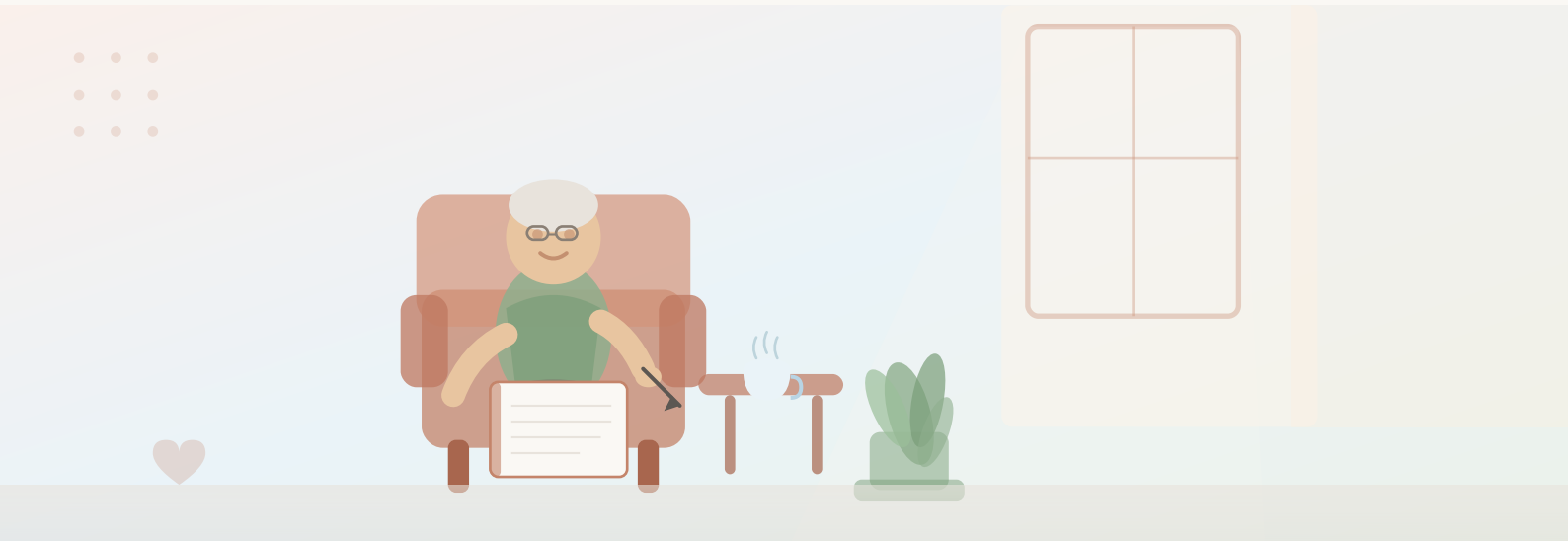


Mon Carnet de Fin de Vie

Un document pour exprimer mes souhaits
et guider mes proches



Nom

Prénom

Date de naissance

Rédigé le

Médecin référent

Cabinet / Structure

▮ Ce document est confidentiel. En cas d'urgence, contacter la personne de confiance désignée à la section 2.

✓ Document de soins palliatifs ·
Belgique

Ce carnet ne remplace pas un testament légal

1

Informations médicales

Ces informations permettent à l'équipe soignante de vous prendre en charge rapidement et correctement.



● Identité et coordonnées

Nom complet	.....
Date de naissance	.....
N° registre national	.....
Adresse	.....
Téléphone	.....
Groupe sanguin	.....
Médecin généraliste	.....

● Antécédents médicaux

Maladies chroniques, hospitalisations importantes, interventions chirurgicales...

● Allergies et contre-indications

● Médicaments en cours

Médicament	Dosage	Fréquence / indication
.....
.....
.....
.....

● Don d'organes

Avez-vous fait part de votre position concernant le don d'organes ?

- Oui, je suis favorable au don d'organes
- Non, je refuse le don d'organes
- J'ai enregistré ma position sur le registre national des refus
- Je n'ai pas encore pris de décision

1b Spécialistes suivis et appareils médicaux

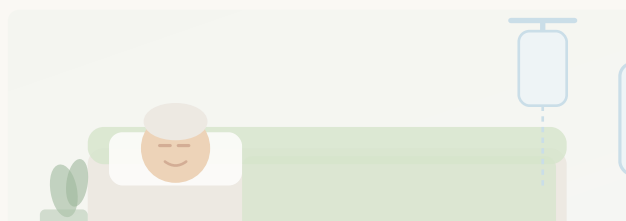
• Médecins spécialistes

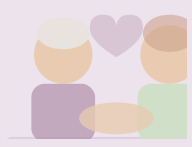
Spécialité	Nom du médecin	Téléphone	Hôpital / adresse
Cardiologue
Oncologue
Pneumologue
Neurologue
Rhumatologue
Psychiatre / Psy
Autre

• Appareils médicaux et prothèses

Listez les équipements importants à connaître pour les soignants.

Appareil / prothèse	Marque / modèle / N° de série	Remarques importantes
Pacemaker / DAI
Prothèse (hanche, genou...)
Appareil auditif
Lunettes / Lentilles
Appareil dentaire
Appareillage respiratoire
Autre





2 Personnes de confiance et contacts

La personne de confiance est désignée par vous pour vous représenter en cas d'incapacité à exprimer vos souhaits. Elle doit être informée de vos volontés et accepter ce rôle.

● Personne de confiance — principale

Nom & Prénom	.....
Lien	.....
Téléphone	.....
E-mail	.....
Adresse	.....

● Personne de confiance — suppléante

Nom & Prénom	.....
Lien	.....
Téléphone	.....
E-mail	.....
Adresse	.....

Cette personne est-elle informée de votre désignation et de vos souhaits ?

- Oui, elle est informée
- Non, pas encore

● Autres contacts importants

Nom & prénom	Lien	Téléphone	E-mail
.....
.....
.....
.....

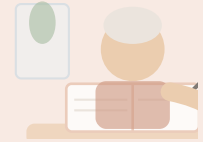
● Notaire et / ou avocat

Nom / Étude	.....	Adresse	.....
Téléphone	.....	Référence dossier	.....

3

Directives anticipées

Vos souhaits concernant les décisions médicales si vous ne pouvez plus vous exprimer.



Les directives anticipées s'imposent aux médecins sauf en cas d'urgence ou d'inadéquation manifeste.

Dates de rédaction :

Rédigé le :

Dernière mise à jour :

En cas de maladie grave ou de fin de vie

- Je souhaite être maintenu(e) en vie par tous les moyens médicaux disponibles
- Je refuse tout acharnement thérapeutique — privilégier mon confort
- Je souhaite être informé(e) de mon pronostic, même s'il est défavorable
- Je ne souhaite pas être informé(e) de mon pronostic

Concernant la réanimation

- Je souhaite être réanimé(e) en cas d'arrêt cardio-respiratoire
- Je refuse la réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire
- Je laisse cette décision à l'équipe médicale et à ma personne de confiance

Concernant la sédation et la douleur

- Je souhaite une sédation profonde si ma souffrance est insupportable, même si cela accélère la mort
- Je souhaite rester conscient(e) le plus longtemps possible, même au prix d'une certaine douleur
- Je fais confiance à l'équipe médicale pour adapter le traitement de la douleur

Lieu de fin de vie

- Je souhaite terminer ma vie à domicile, si possible
- Je souhaite être pris(e) en charge dans un établissement de soins palliatifs
- Je n'ai pas de préférence particulière

● Précisions complémentaires

Exprimez ici toute autre volonté médicale importante (démence, AVC grave, etc.)

Je soussigné(e), en pleine capacité de jugement, rédige ces directives librement.

Lieu

Date

Signature

4

Mes valeurs, souhaits et histoire de vie

Ce qui compte vraiment pour vous — pour que les soignants vous connaissent en tant que personne.



Ce qui est important pour moi dans la vie

Ce que je redoute le plus en fin de vie

Ce que je voudrais que mes proches sachent

Mes croyances spirituelles ou religieuses

Personnes que je souhaite avoir à mes côtés

Personnes que je ne souhaite PAS avoir à mes côtés

Mon histoire de vie

Votre parcours, votre métier, vos passions, votre famille, ce qui a compté...

• Mes goûts alimentaires et préférences

Plat préféré

Cuisine favorite

Dessert préféré

Ce que je n'aime pas / ne peux pas manger

Suite – section 4 · mes préférences et mes animaux

Ma musique préférée

Artistes, genres musicaux, chansons qui comptent pour vous...

• Autres préférences du quotidien

Émission / programme TV	.....
Activité préférée	.....
Lecture / journaux	.....
Langue(s) parlée(s)	.....



Mes animaux de compagnie

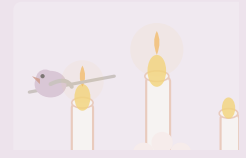
Ces informations permettront à vos proches de s'en occuper en cas d'hospitalisation ou de décès.

Nom	Espèce / race	Âge	Vétérinaire / tél.	Alimentation / routine
.....
.....
.....

Qui s'occupe de mes animaux en cas d'hospitalisation ?

Nom & Prénom	.....
Lien	.....
Téléphone	.....

Souhaits concernant mes animaux après mon décès



5 Mes souhaits funéraires

Ces informations aideront vos proches à organiser vos funérailles selon vos volontés.

• Mode de sépulture

- Inhumation (enterrement)
- Crémation — urne conservée par la famille
- Crémation — urne dispersée (précisez ci-dessous)
- Autre (précisez ci-dessous)

Lieu d'inhumation ou de dispersion des cendres

• Cérémonie

- Cérémonie religieuse culte : _____
- Cérémonie laïque / civile
- Pas de cérémonie

• Contrat obsèques

- J'ai souscrit un contrat obsèques
- Je n'ai pas de contrat obsèques

Société / pompes funèbres	.....
N° de contrat	.....
Téléphone	.....

Détails de la cérémonie souhaitée

Musiques souhaitées, lectures, personnes pour prendre la parole, fleurs, tenue vestimentaire...

6

Informations administratives et patrimoniales

Pour faciliter les démarches de vos proches après votre décès.



⚠ Ne notez jamais vos codes PIN ou mots de passe complets dans ce document. Indiquez uniquement où les trouver en sécurité.

• Comptes bancaires

Banque	Type de compte	Contact / tél.
.....
.....
.....

Codes PIN — emplacement sécurisé :

Mots de passe — emplacement :

• Assurances

Type	Compagnie	N° police	Contact
Vie
Décès
Hospit.
Habitation
Autre

• Documents importants — localisation

Testament	.....
Acte de naissance	.....
Carte d'identité	.....
Carte mutualité	.....

Acte de mariage / divorce	.....
Titre de propriété	.....
Autres documents	.....
.....



Suite — section 6 · abonnements et biens immobiliers

● Abonnements et contrats à résilier

Ces informations permettent à vos proches de clôturer les contrats rapidement et d'éviter des frais inutiles.

Type de contrat	Fournisseur	N° client / contrat	Téléphone / contact
Téléphone mobile
Internet / Box
Électricité / Gaz
Eau
Télévision (câble / satellite)
Abonnement presse
Mutualité
Aide à domicile
Autre

● Biens immobiliers

Listez les biens que vous possédez (en propre ou en indivision) afin de faciliter la succession.

Type de bien	Adresse	Statut	Remarques

Localisation des titres de propriété :

7

Messages personnels et lettres

Cet espace vous appartient entièrement.



Vous pouvez y écrire des mots pour vos proches, un testament de vie, vos dernières volontés personnelles, des remerciements, des pardons, ou tout ce qui vous tient à cœur.

Un message pour mes proches

Ce que je voudrais que l'on se souvienne de moi

Mes dernières volontés personnelles

(hors aspects légaux)

● Lettres individuelles

Si vous avez rédigé des lettres séparées pour des proches, indiquez à qui elles sont destinées et où les trouver.

Destinataire	Emplacement de la lettre



Suivi et mises à jour

Il est important de réviser régulièrement ce document, notamment après tout changement de situation médicale, familiale ou personnelle.

Date de mise à jour	Initiales du médecin	Nature de la modification

Ce carnet ne remplace pas un testament légal. Pour toute question juridique, consultez un notaire.
Pour les directives anticipées officielles, renseignez-vous auprès de votre médecin ou de l'administration communale.



Fiche de synthèse urgente

À remettre aux secours · Mise à jour avec le carnet

Identité

Nom & Prénom	.....
Date de naissance	.....
Groupe sanguin	.....
Personne de confiance	.....
Tél. personne de confiance	.....

Antécédents médicaux principaux

Allergies et contre-indications

Médicaments en cours

Médicament	Dosage	Fréquence
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Souhaits de fin de vie — résumé

Souhait	Oui	Non
Réanimation en cas d'arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation mécanique artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition artificielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acharnement thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédation profonde si souffrance insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation (vs domicile / soins palliatifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Directives anticipées complètes : Date de mise à jour :

Signature du médecin :

Voir section 3 du carnet