

Document N°1 à garder par toi

Les directives anticipées de fin de vie

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie a prévu que le corps médical « consulte » les directives anticipées qu'aurait pu établir, moins de trois ans auparavant, un patient se trouvant dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Elles indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement et du soulagement de la douleur.

Modèle de directives anticipées

Je soussigné(e) (nom et prénom) né(e) le (date) à (lieu) souhaite préciser par ce document mes directives anticipées dans le cas où je ne serai plus en mesure d'exprimer ma volonté à la suite d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, entraînant une dégradation irréversible de mes facultés (article L 1110.5 du Code de santé publique).

JE DEMANDE :

- que l'on n'entreprene ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de la vie, y compris pour les affections intercurrentes.
- que l'on soulage efficacement mes souffrances, même si cela a pour effet secondaire d'abrèger ma vie.
- que si je suis dans un état pathologique incurable et que je suis dans des souffrances intolérables, je puisse bénéficier d'une sédation terminale profonde et continue jusqu'à mon décès.
- à être accompagné(e) par pour les derniers instants de ma vie.

Je déclare rédiger ces directives anticipées en pleine possession de mes facultés mentales et en toute liberté, sans subir de pression extérieure.

Je confie ces directives à :

- (nom, prénom) désigné comme personne(s) de confiance dans un document à part
- à mon médecin traitant (nom, prénom) officiant à (lieu)

Je décharge ma(mes) personne(s) de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité, puisqu'ils agissent selon ma volonté, en conformité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.

Fait à (lieu), le (date) Signature

Conditions de prise en compte du document :

- le document doit être manuscrit, daté et signé.
- l'auteur doit être majeur.
- il doit indiquer ses nom, prénom, date et lieu de naissance.
- Ce document est modifiable et révoquant à tout moment.
- Il est valable 3 ans. Passé ce délai, il doit être entériné. Il suffit d'apposer la mention « je confirme mes volontés », de dater et signer.
- Néanmoins, « *dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de 3 ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte* ».
- Les directives peuvent cumuler plusieurs demandes ou une seule.
- La personne de confiance (enfant majeur, conjoint, concubin, famille, ami...) doit être désignée par écrit dans un document à part, qui lui sera remis ainsi qu'au médecin.
- En cas d'impossibilité d'écrire, les directives seront dictées en présence de deux témoins, dont la personne de confiance désignée. Ils devront attester que le document, que l'auteur des directives n'a pu rédiger lui-même, est l'expression de sa volonté libre et éclairée. »
- Les témoins indiquent leur nom et qualité, et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NATIONAL DES REFUS

1/ JE COMPLETE LES INFORMATIONS SUIVANTES

Cocher la ou les cases de votre choix

1^{ère} demande d'inscription Ou Modification d'inscription

Nom de naissance :	
Nom usuel :	
Prénom(s) (selon l'ordre à l'état civil) :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Né(e) le (jour/mois/année) :/...../..... <i>Cette inscription n'est possible qu'à partir de l'âge de 13 ans</i>	
Lieu de naissance, ville :	
Code postal (si France) :	Pays :
Adresse (domicile) :	
Code postal : Ville :	
E-mail :	

2/ JE M'OPPOSE AU PRELEVEMENT DE TOUT OU PARTIE DE MON CORPS APRES MA MORT

Cocher la ou les cases de votre choix

OPPOSITION pour TOUS LES ORGANES :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
OPPOSITION pour TOUS LES TISSUS :	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
----- OU -----	
OPPOSITION pour les SEULS organes suivants :	
<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Intestins	
OPPOSITION pour les SEULS tissus suivants :	
<input type="checkbox"/> Cornées <input type="checkbox"/> Peau <input type="checkbox"/> Vaisseaux <input type="checkbox"/> Valves <input type="checkbox"/> Os / Tendons / Cartilages	

OPPOSITION pour la recherche scientifique (attention : différent du don du corps à la science)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

OPPOSITION pour autopsie médicale (pour rechercher la cause du décès) <i>exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire</i>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3/ JE SOUHAITE QUE MA CONFIRMATION D'INSCRIPTION ME SOIT ENVOYEE

Cocher la ou les cases de votre choix

Par courrier Ou Par mail

Date :/...../.....	Signature :
--------------------------	-------------

4/ JE RETOURNE CE FORMULAIRE SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE AU TARIF LETTRE en joignant obligatoirement une photocopie lisible d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, permis de conduire, titre de séjour, passeport,...) à :

Agence de la biomédecine
Registre national des refus
1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

INFORMATIONS :

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre national des refus. Elles sont confidentielles et, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez du droit d'accès et de rectification en écrivant au registre national des refus, à l'adresse ci-dessus, en joignant la copie d'une pièce d'identité.

Les informations recueillies dans ce formulaire sont traitées par l'Agence de la biomédecine en sa qualité de responsable du traitement au sens de la loi n°78-17 du 17 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, qu'un défaut de réponse aux questions ne permettrait pas le traitement de ma demande.

Pourquoi réalisons-nous ce traitement de données personnelles et pour quelles finalités ?

L'Agence de la biomédecine est une agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique. Elle exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

Les données traitées au travers de ce formulaire nous permettent d'assurer le fonctionnement et la gestion du registre national automatisé des refus de prélèvement conformément aux dispositions du code de la santé publique. Ce registre permet à toute personne majeure ou mineure âgée de 13 ans au moins de s'inscrire sur le registre afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes ou de tissus soit opéré sur son corps après son décès, soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas.

Ce registre permet d'apporter une réponse aux demandes des établissements de santé qui doivent obligatoirement l'interroger préalablement à tout prélèvement à des fins thérapeutiques ou aux fins de recherche des causes du décès ou à d'autres fins scientifiques sur une personne décédée.

Quelles sont les données personnelles qui sont traitées ?

Les données traitées sont les informations mentionnées dans le formulaire d'inscription relatives à votre identité (nom, prénom, civilité, date et lieu de naissance), vos coordonnées, et les éventuelles oppositions au prélèvement d'organes ou de tissus en cas de décès.

Ces informations sont indispensables à la gestion de votre demande et, sans elles, nous ne pourrions l'instruire et valider l'inscription au registre.

Qui aura accès à ces données ?

Pendant toute la durée de leur traitement, ces données personnelles font l'objet d'une protection particulière. Outre les mesures de sécurité mises en œuvre, l'Agence de la biomédecine s'assure en effet en permanence que seules certaines personnes habilitées puissent avoir accès à ces informations (personnels de l'Agence habilités). Nous veillons strictement à ce que les données recueillies ne soient jamais détournées ou utilisées à d'autres finalités qu'une interrogation après le décès.

Quels sont mes droits sur ces données ?

Les utilisateurs disposent pendant toute la durée du traitement d'un droit d'accès, de modification et de rectification sur leurs données personnelles. Ces droits peuvent être exercés en écrivant au registre national des refus à l'adresse ci-dessus en y joignant la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

Qui assure le traitement de données personnelles ?

Le registre est géré par l'Agence de la biomédecine, agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique, en qualité de responsable du traitement des données personnelles (encadrée par la loi « Informatique & Libertés » du 6 janvier 1978) et dont le siège social se situe au 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (n° SIRET 180 092 587 00013).

Lettre à transmettre à l'entreprise de pompes funèbres



Eglise Essénienne Chrétienne France

13 rue Saint-Maurice
17100 SAINTES

secretariat.eecf@gmail.com

Madame, Monsieur,

Cette lettre vous est remise par l'un(e) de nos fidèles qui souhaite préparer ses obsèques.

Il va choisir avec vous les services que vous proposez, comme vous le faites habituellement.

Nous voulons attirer votre attention sur le fait que notre membre souhaite bénéficier de prestations funéraires au sein de notre église. Ces services sont payants et en fonction de ses choix (voir la grille de tarification), nous vous demandons d'en inclure le prix en tant que « frais de tiers » dans le contrat « obsèques » que vous établirez.

Lorsque vous aurez établi le contrat « obsèques », nous vous demandons de bien vouloir remplir le document ci-joint afin d'attester auprès de la famille de votre client, que les frais dûs à notre église ont été financés.

Nous vous en remercions.

Gérard PETITBOIS
Pasteur Essénien
Président

Attestation de financement du service religieux

Par la présente, nous attestons qu'un contrat « obsèques » a été conclu entre :

Nom et Prénom du client :

et les pompes funèbres :

Ce contrat prévoit le paiement des frais religieux pour l'Eglise Essénienne Chrétienne France pour un montant de :

(joindre la copie détaillant les services demandés)

Date :

Cachet et signature de l'entreprise de pompes funèbres:

à transmettre à
Service de l'accompagnement de l'âme
Eglise Essénienne Chrétienne France
13 rue Saint-Maurice
17100 SAINTES

Relevé d'identité bancaire de l'Eglise Essénienne Chrétienne France

IBAN : FR76 1551 9390 9300 0236 1080 163

BIC : CMCIFR2A

Crédit Mutuel Océan Saintes Les Arènes 90 COURS PAUL DOUMER 17100 SAINTES

**Tarification des prestations funéraires de
l'église essénienne chrétienne**



Nom, Prénom :

Nom de l'Ange :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Email :

- Je suis :
- nouveau béni du bon retournement du coeur
 - porteur d'Ange dans la Ronde des Archanges
 - parent de la Lumière

Nom du service	Précisions	Case à cocher si choisi	prix
Extrême-onction	Forfait comprenant le rite de base et les frais de déplacement du Pasteur et des Vestales		300,00 €
Accompagnement de l'âme*	Par le service de l'accompagnement de l'âme		Gratuit
Matériel du Kit funéraire (soit fourni par l'église soit à préparer par l'essénien)	Drap blanc + cercle de fleurs + baume + eau de Gabriel + pierre verte +2 bougies + encens + huile d'Ouriel + chevalet + Mandala de mon Ange et celui de la Mère		200,00 €
Cérémonie des funérailles esséniennes.	Forfait comprenant l'office des funérailles et l'enterrement.		500,00 €

* Photo et « documents à remplir pour le service veillée de l'âme » recopié et signé indispensable

Total : _____

Document N°6 indispensable

Moi, (Nom, Prénom et Nom de l'Ange).....

je, soussigné(e), déclare avoir choisi un contrat « obsèques » auprès de la société d'assurance.....

et je déclare avoir choisi des prestations funéraires auprès de l'Eglise Essénienne Chrétienne pour un montant de :€ qui ont été provisionnés en tant que « frais de tiers » auprès de la compagnie de Pompes Funèbres.

Je soussigné(e) déclare être sain de corps et d'esprit.

Fait le..... à

Signature

Ce document doit être réalisé en trois exemplaires : un pour les pompes funèbres, un pour l'Eglise Essénienne Chrétienne France et un pour toi.

Précisions importantes :

Le Maître de la Massala la plus proche de toi pourra t'aider à la rédaction de ton dossier funéraire.

Il doit contenir :

- Les documents à recopier sur le mandala de la Ronde des Archanges pour le service Veillée de l'âme (modèle « Documents à remplir pour le service Veillée de l'âme » en PDF) et à renvoyer avec ta photo en format A4, le visage bien apparents et les yeux grands ouverts.
- Le document N°4 qui atteste le financement du service religieux auprès des pompes funèbres.
- Le document N°5 qui nous précise tes choix de prestations funéraires auprès le l'EEC-F
- Le document N°6 remplis en 3 exemplaires (1 à nous renvoyer, 1 pour les pompes funèbres et 1 à garder par toi)
- Si tu le connais, une enveloppe contenant un papier avec ton Nom de la Mère.
- Un chèque de 20€ pour les frais de dossier à faire parvenir à l'Eglise Essénienne Chrétienne France

Le Maître de Massala devra garder une copie de ces documents funéraires et ensuite il doit adresser les documents originaux à :

Pour les documents à remplir pour l'EEC-F

Eglise Essénienne Chrétienne France
Service de l'accompagnement de l'âme
13 rue St Maurice
17100 SAINTES
secretariat.eecf@gmail.com

Pour les documents à remplir pour la Veillée de l'âme :

Rose TASIAUX
4 rue Coupe Jambes
34800 MOUREZE
signal/whatsapp 0033 6 23 88 54 94
Mail : pduv.vie@gmail.com

**Pour toute question administrative
vous pouvez contacter**

Catherine PETITBOIS
verslepassageduvoile.europe@gmail.com
06 81 32 61 12

Ce document est édité par :
Eglise Essénienne Chrétienne France
13 rue Saint-Maurice
17100 SAINTES
secretariat.eecf@gmail.com