

Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs pendant la durée de l'état de crise fixée par la loi du 24 mars 2020 dans le contexte de la pandémie COVID-19

Docteur

Nom

Prénom

Code médecin

Adresse

Rue

Code Postal

Ville

GSM

Email

Date déclaration

Patient

Nom

Prénom

Matricule

Adresse email dédiée de la CNS pour envoi document soinspalliatifs.cns@secu.lu

Je soussigné certifie que la personne soignée susmentionnée:

-souffre d'une ou de plusieurs affections graves et incurables et est entrée en phase avancée ou terminale. L'évolution de l'affection est défavorable avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique,

-bénéficie d'une prise en charge médicale qui est primordialement symptomatique,

-pour qui le décès est attendu dans une situation où elle a des besoins physiques et psychiques, sociaux ou spirituels importants, nécessite un engagement soutenu de la part de son entourage ou de professionnels ayant à leur disposition les moyens techniques appropriés et possédant une qualification spécifique pour la délivrance des soins palliatifs,

-bénéficie de la continuité de la prescription des soins médicaux dans le cadre de mon intervention,

-dans le cas où elle a déclaré vouloir mourir à domicile, dispose de la présence assurée par une tierce personne ou un réseau d'aides et de soins,

et que d'après mes constatations ces conditions s'appliquent à la personne soignée susmentionnée depuis le:

Date d'ouverture demandée

Signature du médecin