

DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE RELATIVE AUX TRAITEMENTS

Nom et prénom :

Tél. ou GSM :

Adresse complète :

Numéro d'identification au Registre National :

Ma volonté s'applique dans les situations suivantes : uniquement dans le cas où, de manière irrévocable, je ne pourrais plus formuler ou exprimer ma volonté et que (cocher et compléter selon votre choix) :

- Je vais mourir dans un délai prévisible (phase terminale)
- Je suis dans une situation médicalement désespérée en raison d'un processus de dégénérescence cérébrale très avancé comme par exemple un état de démence très avancé
- Je me trouve dans un coma irréversible
- Autre situation :

Je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examens, sauf dans les cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

Je refuse les traitements suivants :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Radiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Opération | <input type="checkbox"/> Respiration artificielle |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Hydratation et nutrition artificielles |
| <input type="checkbox"/> Dialyse rénale | <input type="checkbox"/> Réanimation |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |

Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier (compléter par vous-même) :

.....

.....

.....

.....

.....

- Le traitement peut se poursuivre jusqu'au prélèvement d'organes, en cas de don.
- Je désigne un mandataire afin de me représenter et faire respecter mes souhaits et mes droits, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits du patient :

Nom et prénom :

Adresse complète :

Numéro d'identification au Registre national :

Numéro de téléphone :

Lien de parenté éventuel :

Le requérant n'est pas en état de rédiger personnellement la déclaration anticipée.
La raison pour laquelle le requérant est physiquement incapable de rédiger et signer cette déclaration anticipée est la suivante :

.....

PRÉNOM	NOM
---------------	------------

a été désigné pour rédiger cette déclaration anticipée.
Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

ADRESSE	TEL OU GSM
N° DE REGISTRE NATIONAL	EMAIL
	LIEN DE PARENTÉ ÉVENTUEL

Cette déclaration est établie en exemplaires signés qui sont conservés à :

.....

Fait à, le

Date et signature du requérant :

Date et signature du mandataire :

Date et signature de la personne désignée
qui a rédigé la demande anticipée
à la place du demandeur :

Facultatif :
Le médecin traitant confirme par sa signature seule-
ment la capacité mentale du demandeur.
Signature, date et cachet :