

## DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE AUX TRAITEMENTS

**Nom et prénom :** .....

**Tél. ou GSM :** .....

**Adresse complète :** .....

**Numéro d'identification au Registre National :** .....

**Mandataire / représentant** ..... **Téléphone** .....

### VOLET 1 - Refus de soins ou de traitements déterminés (contraignant)

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

- Quelle que soit la raison de mon incapacité à exprimer ma volonté
- 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 suis dans un état qui relève d'une atteinte irréversible à mes fonctions corporelles ou mentales et qui est appelé à se dégrader progressivement
- Je me trouve dans un état d'inconscience irréversible (coma ou état végétatif persistant)
- Autre situation : .....

- 
- Je ne souhaite plus de traitement visant à prolonger la vie, mais simplement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examen, 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.



**VOLET 2 - Volontés de soins / traitements (non contraignant mais les professionnels de soins de santé doivent en tenir compte<sup>1</sup>)**

Je souhaite, dans la mesure du possible, bénéficier de : (compléter par vos soins – exemple : thérapie alternative, participer à une expérience, bénéficier des soins palliatifs à domicile, mourir à domicile, être soigné par tel médecin,... )

.....  
.....  
.....  
.....

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

EMAIL

N° DE REGISTRE NATIONAL

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 seulement la capacité mentale du demandeur.  
Signature, date et cachet :

<sup>1</sup> Cela implique que le praticien professionnel doit prendre en considération dans son jugement professionnel les souhaits du patient tout en gardant sa liberté diagnostique et thérapeutique.

