

DECLARATION anticipée NEGATIVE

L'acharnement thérapeutique peut se définir comme la poursuite de soins médicaux au-delà du raisonnable, dans une situation sans espoir d'amélioration.

Il est possible pour chacun de s'opposer à un acharnement thérapeutique et d'exprimer à l'avance ses choix et ses limites personnelles, par une déclaration de volonté anticipée.

Ce document précise le type de soins qui seraient refusés dans l'hypothèse où la personne ne serait plus en mesure d'exprimer son avis.

Renseignements du demandeur :

Nom :

Prénoms :

Téléphone :

Courriel :

Numéro national :

Adresse :

Signature :

Déclaration :

Si je ne devais plus être capable d'exprimer ma volonté, 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 le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

☐ Antibiotiques

☐ Chimiothérapie

☐ Soins intensifs

☐ Hydratation et nutrition artificielles

☐ Radiation

☐ Hospitalisation

☐ Respiration artificielle

☐ Opération

☐ Dialyse rénale

☐ Réanimation

☐ Autre(s) traitement(s) (à compléter)

☐ Le traitement peut se poursuivre en fonction de don d'organes

Je désigne un représentant afin de faire respecter mes souhaits et mes droits, au cas où je ne serais plus en état :

Nom :

Prénoms :

Téléphone :

Courriel :

Numéro national :

- - - - -

Lien de parenté :

Adresse :

Incapacité à rédiger personnellement la déclaration anticipée :

La raison pour laquelle le requérant est physiquement incapable de rédiger et signer cette déclaration anticipée négative est la suivante :

La personne suivante a été désignée pour consigner par écrit cette déclaration anticipée. Les données personnelles de celle-ci sont les suivantes :

Nom :

Prénoms :

Téléphone :

Courriel :

Numéro national :

Lien de parenté :

Adresse :

Signature :

La présente déclaration a été rédigée en _____ exemplaires signés qui sont conservés _____.

Fait à Thimister-Clermont , le

***Le requérant
ou la personne désignée,***

L'agent communal,

Sceau

Facultatif :

Le médecin traitant confirme par sa signature seulement la capacité mentale du demandeur.

Signature, date et cachet :