

Carnet comprenant les différents  
documents légaux concernant les choix de  
fin de vie

# Déclarations de volonté

Faire entendre sa voix  
jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

---

## Table des matières

I. MANDATAIRE.....	2
II. PERSONNE DE CONFIANCE .....	5
III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT.....	7
IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE .....	12
V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS.....	17

## I. MANDATAIRE

*Par mandataire, la loi belge sur les droits du patient entend « la personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même »*

Ai-je désigné un mandataire\* pour me représenter le cas échéant ?

*\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance un mandataire.*

OUI

NON

Si oui, voici les coordonnées du mandataire que j'ai désigné par un mandat écrit spécifique pour me représenter afin qu'il fasse exercer mes droits de patient en mon nom en cas d'incapacité à exprimer ma volonté en matière de soins de santé.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de mandataire et que je souhaite le faire, le document légal qui s'y rapporte se trouve ci-après.



Désignation d'un MANDATAIRE

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Je soussigné(e) ..... désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

- Données personnelles du patient :
  - nom et prénom :
  - adresse :
  - numéro de téléphone :
  - date de naissance :
- Données personnelles du mandataire :
  - nom et prénom :
  - adresse :
  - numéro de téléphone :
  - date de naissance :

Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :

- J'accepte ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à ..... le .....(date) - Signature du mandataire :

**Recommandations :**

1. Il est recommandé de rédiger ce formulaire en deux exemplaires ; un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient et une copie peut en être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. En ce cas, le médecin est : .....(à compléter par le patient)
2. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.



**REVOCACTION du MANDATAIRE désigné**

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient )

- Je soussigné ,....., révoque par la présente la  
personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme mandataire le ...../...../.....

• Données personnelles du mandataire révoqué :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

*Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :*

**Recommandation :**

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le  
..../..../..

## II. PERSONNE DE CONFIANCE

*Par personne de confiance, la loi belge sur les droits du patient entend « un membre de la famille, un(e) ami(e), un(e) autre patient(e) ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à porter plainte »*

Ai-je désigné une personne de confiance\* pour m'accompagner dans mon suivi médical ?

*\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance une personne de confiance.*

OUI

NON

Si oui, voici les coordonnées de la personne de confiance que j'ai désignée.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de confiance et que je souhaite le faire, je peux me référer au document légal ci-après.

N.B : « Personne de confiance » et « mandataire » peuvent être une seule même personne.



**Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE**

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§3)

Je soussigné (e), ..... (nom et prénom du patient), désigne ci-après la personne suivante comme ma personne de confiance qui peut également, en dehors de ma présence, exercer les droits suivants :

<p><input type="radio"/> <b>s'informer sur mon état de santé et son évolution probable</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>
<p><input type="radio"/> <b>consulter mon dossier patient</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>
<p><input type="radio"/> <b>demandeur une copie de mon dossier patient</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>

▪ **Identité du patient :**

- adresse : .....
- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

▪ **Identité de la personne de confiance**

- Nom et prénom.....
- adresse : .....
- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

Fait à .....le date .....

*Signature du patient*

**Recommandation :** Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois exemplaires. Un exemplaire peut être conservé par le patient, un par la personne de confiance et un par le praticien chez qui la personne de confiance, sans la présence du patient, reçoit l'information, consulte le dossier ou peut faire une copie du dossier.

**Information :** Le patient peut à tout moment faire savoir au praticien que la personne de confiance ne peut plus agir comme repris ci-dessus.

### III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT

*La déclaration anticipée de volonté relative au traitement sera respectée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Cette déclaration n'est pas limitée dans le temps, à moins d'une révocation ou de modifications de votre part. Pour s'assurer que vos souhaits seront respectés, il est préférable de les communiquer à vos proches et aux soignants qui vous accompagnent. Dans le cas où un mandataire a été désigné, celui-ci peut faire respecter vos choix et le médecin est tenu légalement de respecter cette volonté*

Si je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, quels sont les soins de santé dont je ne souhaite pas bénéficier ?

Si je répons « oui » à l'une des propositions suivantes, je spécifie les conditions dans lesquelles ce choix est applicable (ex : si je me trouve dans un état de dégradation physique et/ou intellectuelle profonde ; s'il n'y a plus d'espoir d'amélioration de mon état de santé ; si j'ai déjà subi x traitements par antibiotiques ; etc...). Il peut être opportun de demander au médecin de préciser ce qu'impliquent ces thérapies spécifiques.

#### I. TRANSFERT ENTRE LE MILIEU DE VIE ET LE MILIEU HOSPITALIER

Je souhaite être emmené(e), si nécessaire et dans la mesure du possible, à l'hôpital en cas de problème de santé jugé critique par les soignants m'accompagnant

OUI                       NON                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, si possible:

- avec l'accord de mes proches  
 avec l'accord de mon médecin traitant

Je souhaite être transféré(e) dans la mesure du possible dans l'hôpital suivant :

Nom

Ville

Je souhaite finir mes jours dans mon lieu de vie.

OUI                       NON                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, mon lieu de vie se situe à :

## II. VOLONTES ANTICIPEES

1. Je refuse qu'on me réanime

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

2. Je refuse d'être branché(e) à un appareil respiratoire si je ne peux plus respirer naturellement.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

3. Je refuse d'être nourri(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

4. Je refuse d'être hydraté(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

5. Je ne souhaite pas que ma vie soit prolongée artificiellement si aucune amélioration de santé n'est médicalement envisageable.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

6. Je refuse de bénéficier de soins palliatifs.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

7. Je refuse les traitements contre la douleur.

OUI

Conditions




NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

8. Je ne désire pas que mes proches soient associés à la prise de décision me concernant.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

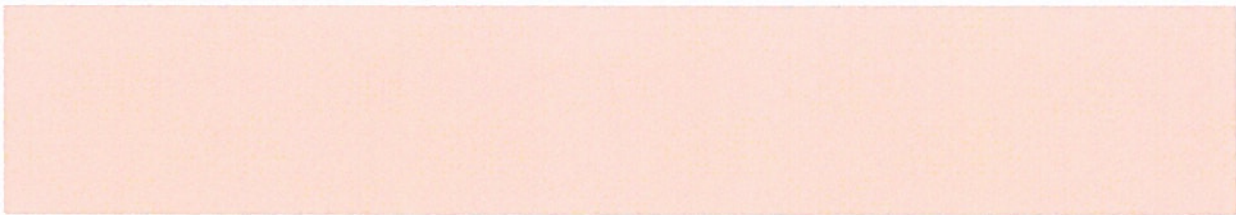
9. Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier que je souhaite mentionner



10. Je ne souhaite plus effectuer d'examens médicaux sauf s'ils sont destinés à améliorer mon confort.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

#### **IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE**

*La déclaration anticipée d'euthanasie permet à un patient conscient et lucide de demander par écrit qu'il soit mis fin à sa vie au cas où il se trouverait dans une situation médicale sans issue et dans un état d'inconscience irréversible. Cette déclaration doit être signée en présence de deux témoins majeurs et a une durée de validité de 5 ans.*

J'ai rempli par écrit une déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, celle-ci a été enregistrée à la commune de :

Date de l'enregistrement de la déclaration :

Je désire recevoir des informations sur le cadre légal et les démarches nécessaires à entreprendre concernant la déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, je peux me référer ci-après au document légal s'y rapportant.

Autre(s) élément(s) que je désire mentionner dans le volet « soins de santé »

**Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie**

---

**Rubrique I. Données obligatoires**

**A. Objet de la déclaration anticipée**

Monsieur/Madame (\*) (nom et prénom) :

(\*) demande, que dans le cas où il/elle (\*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie si on satisfait à toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

(\*) reconfirme la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) révisé la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

(\*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie qui a été rédigée le (date) (1) :

**B. Données personnelles du requérant**

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro Registre national :
- Date et lieu de naissance (jj/mm/aaaa) :

**C. Caractéristiques de la déclaration anticipée**

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance.

Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

**D. Les témoins**

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

- 1) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
  
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

## **Rubrique II. Données facultatives**

### **A. Les personnes de confiance éventuellement désignées**

**Comme personne(s) de confiance, dont je souhaite qu'elle(s) soi(en)t immédiatement informée(s) si je me trouve dans une situation dans laquelle la déclaration anticipée pourrait être d'application et qu'elle(s) soi(en)t impliquée(s) pendant la procédure, je désigne par ordre de préférence :**

- 1) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 3) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 4) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 5) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

- 6) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 7) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 8) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 9) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :
- 10) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :  
numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

**B. Données à mentionner par la personne qui n'est pas physiquement capable de rédiger et de signer une déclaration anticipée**

La raison pour laquelle je ne suis pas capable physiquement de rédiger et de signer cette déclaration anticipée est la suivante :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

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

Comme preuve, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné (nom et prénom) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.  
Les données personnelles des personnes précitées sont les suivantes :

- résidence principale :
- adresse complète :
- numéro d'identification dans le registre national :
- numéro de téléphone :
- date et lieu de naissance :
- lien de parenté éventuel :

---

La présente déclaration a été rédigée en (nombre).....exemplaires signés qui sont conservés (à un endroit ou chez une personne) :

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

Fait

à.....le.....

Signature du fonctionnaire communal et cachet

Date et signature du requérant

Date et signature de la personne désignée en cas d'incapacité physique permanente du requérant (1) :

Date et signature des deux témoins :

Date et signature de la (des) personne(s) de confiance désignée(s) (1) :

(pour chaque date et signature, mentionner la qualité et le nom)

(\* ) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

(2) les données reprises sous 1) sont mentionnées pour chaque personne de confiance désignée

## V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS

### 1. DON D'ORGANES

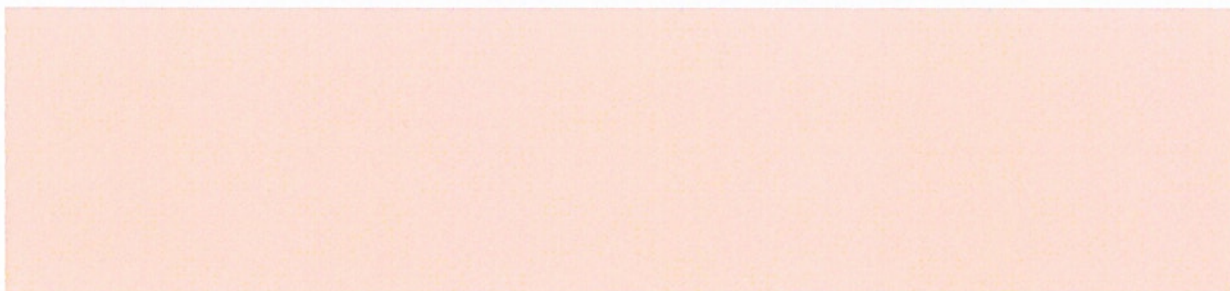
J'accepte qu'après mon décès, mes organes soient utilisés à des fins de transplantation.

OUI\*

NON\*\*

ACTUELLEMENT SANS AVIS

\* Si oui, je suis légalement libre d'indiquer le ou les éventuel(s) organe(s) dont je ne souhaite pas faire don à des fins de transplantation



\*\* Si non, faire enregistrer l'opposition au don d'organes au registre de la population de la commune dans laquelle je suis domicilié(e) ou mentionner le nom de la commune dans laquelle le refus de don d'organes a été enregistré. Le document légal s'y rapportant se trouve ci-après.

### 2. DON DU CORPS

J'accepte que mon corps soit utilisé à des fins de recherche médicale.

OUI\*

NON\*\*

ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si j'ai déjà rempli un document concernant le don du corps à la science :

- le document concernant le 'don du corps à la science' a été remis auprès de telle personne et/ou institution (université, médecin, notaire ou autre contact, à préciser) :



Tél



- Si non, la liste des hôpitaux et des universités acceptant un don de corps se trouve ci-après.

# Déclaration pour le don d'organes



ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale : AR du 30/10/86 (MB 14/02/87)

<http://www.beldonor.be>

Commune:

Code postal:

Formulaire pour la manifestation de la volonté concernant le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus après le décès.

---

Nom – Prénoms : \_

Lieu et date de naissance(jj/mm/aaaa) : \_

N° Registre National :

Adresse :

- s'oppose à tout prélèvement d'organes et de tissus (1)
- se déclare expressément donneur (volonté expresse)
- lève la déclaration d'opposition (1)
- lève la déclaration de volonté expresse

---

(1) Le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait :

le degré de parenté :

---

Fait à

Le  
Signature du demandeur,

Signature du fonctionnaire,

cachet de la commune

(1) le cas échéant

## Léguer son corps à la science, liste des universités

---

Lorsque vous souhaitez léguer votre corps à la science, il faut rédiger un document à la main (un testament) où vous mentionnez l'université de votre choix qui peut réclamer le corps. Il est recommandé de s'informer au préalable auprès du service en charge de ce sujet auprès de cette université. Vous trouverez ci-dessous les données de contact des universités.

### Université Libre de Bruxelles

*Service anatomie, legs de corps*

Bâtiment G, niveau 2, bureau 211 CP619  
808, route de Lennik, 1070 Bruxelles  
tel: 02/555.63.66 ou 02/555.63.20  
[erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR](http://erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR)

### Université de Liège

*Institut d'anatomie*

*Service 'Legs de corps'*

CHU - Tour 3- niveau-1, Pathologie, 4020 Liège  
tel: 04/366.51.52 ou 04/366.51.53  
[labos.ulg.ac.be/dondecorps](http://labos.ulg.ac.be/dondecorps)

### Université catholique de Louvain

*Unité d'anatomie humaine*

Tour Vésale 5240  
52, av. Emmanuel Mounier, 1200 Bruxelles  
tel: 02/764.52.40  
[uclouvain.be/235842.html](http://uclouvain.be/235842.html)

### Université de Mons Hainaut

*Institut d'anatomie*

4, avenue du champs de mars, 7000 Mons  
tel: 065/37.37.49  
<http://portail.umons.ac.be/FR/universite/facultes/fmp/services/anat/Pages/Dondecopralsalascience.aspx>