



## Déclaration anticipée négative

Refus de traitements/d'examens, valable dans une situation irréversible d'incapacité mentale d'agir

Nom et prénom .....  
Adresse .....

Numéro d'identification au Registre national (ou R.N.) .....

**Si je ne suis plus capable d'exprimer ma volonté** .....

**je ne désire plus de traitement visant à prolonger la vie, mais uniquement un traitement de confort. Je ne veux plus d'examens, sauf s'ils permettent d'améliorer mon confort.**

**En plus de ça, même si cela devait compromettre mon confort de soins, je ne veux pas** .....

**O Le traitement peut cependant se poursuivre en fonction de dons d'organes.**

### Désignation d'un représentant :

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

**Nom et prénom** .....  
Adresse .....

Numéro d'identification au Registre national (ou R.N.) .....

Numéro de téléphone .....

Date et lieu de naissance .....

Lien de parenté éventuel .....

**Je souhaite désigner un deuxième représentant qui agira en l'absence du premier**

**Nom et prénom** .....  
Adresse .....

Numéro d'identification au Registre national (ou R.N.) .....

Numéro de téléphone .....

Date et lieu de naissance .....

Lien de parenté éventuel .....

**Impossibilité physique**

Le requérant n'est pas en état de rédiger lui-même la déclaration anticipée.

La raison pour laquelle le requérant est dans un état d'incapacité physique permanent de rédiger et de signer cette déclaration anticipée négative est la suivante : .....

.....  
.....

Madame / Monsieur ..... a été désigné(e)  
pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

**Nom et prénom** .....

Adresse .....

.....

Numéro d'identification au Registre national (ou R.N.) .....

Numéro de téléphone .....

Date et lieu de naissance .....

Lien de parenté éventuel .....

La présente déclaration a été établie en ..... exemplaires singés qui sont conservés par :

.....  
.....

Fait à ..... le .....

**\*Date et signature du requérant:** .....

**\*Date et signature du représentant:** .....

**\*Date et signature de la personne désignée qui a rédigé  
la demande anticipée à la place du requérant :** .....

**Facultatif :**

Le médecin traitant confirme par sa signature uniquement la capacité mentale du requérant

Signature, date et cachet :

**\*Chaque signature et date seront complétées des noms et qualifications des signataires**