

## Formulaire de déclaration anticipée négative (Refus de soins)

*dans le cadre de la représentation du patient (article 8/2 §2 alinéa 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)*

Je soussigné(e) :

|  |
|--|
| Nom : .....  |
| Prénom : .....                                       |
| Date de naissance : .....                            |
| Adresse : .....                                      |
| Numéro de téléphone : .....                          |
| Numéro d'identification au registre national : ..... |

**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'exams, sauf dans le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

- Antibiotiques
- Hydratation
- Nutrition artificielle
- Chimiothérapie
- Radiation
- Opération
- Respiration artificielle
- Dialyse rénale
- Réanimation
- Soins intensifs
- Hospitalisation
- Transfusions
- Autre traitement (à compléter) :

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

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

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

Nom et prénom (du représentant).....  
Date et lieu de naissance.....  
Numéro d'identification au registre national.....  
Adresse complète.....  
Numéro de téléphone/GSM.....  
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 négative est la suivante :

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

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

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

Date et lieu de naissance.....  
Numéro d'identification au registre national.....  
Adresse complète.....  
.....  
Numéro de téléphone/GSM.....  
Lien de parenté éventuel.....

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

.....  
.....

Fait à ....., le.....

*(Chaque signature et date seront complétées du nom et qualité du signataire)*

Date et signature du requérant : .....

Date et signature du représentant légal : .....

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 :

Ce formulaire est à rendre au personnel de l'unité de soins lors de votre hospitalisation  
**OU** A déposer au service des admissions lors de votre inscription  
**OU** à faire parvenir au secteur « gestion des dossiers médicaux » en dehors d'une hospitalisation

SIME, gestion des dossiers médicaux, Domaine Universitaire du Sart Tilman B35 4000 liège  
Fax 04/366 84 90 - E-mail : archives.medicales@chuliege.be

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CHU de Liège dans le cadre de la déclaration anticipée négative (Refus de soins). Elles sont destinées aux prestataires de soins et aux services qui seront impliqués dans votre prise en charge. Le délai de conservation respecte les délais imposés par la loi et les dispositions réglementaires. Le patient peut à tout moment faire savoir par écrit à la direction médicale qu'il ne faut plus agir comme repris ci-dessus. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le délégué à la protection des données par courriel à l'adresse suivante : [dpo@chuliege.be](mailto:dpo@chuliege.be)