

2/04/2003

Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie

Rubrique I. Données obligatoires

A. Objet de la déclaration anticipée

(*) 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 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 :

(*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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

- 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 :

Rubrique II. Données facultatives

A. La(les) personne(s) de confiance éventuellement désignée(s)

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 :

(*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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

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
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 :

(*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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

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

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 relative à l'euthanasie. 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

(*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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