

# DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (REFUS DE SOINS)

Nom et prénom .....  
Adresse complète .....  
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'examen, sauf dans le cas où ils permettraient d'améliorer mon confort.

De plus, je ne veux pas :

- antibiotiques
- hydratation et nutrition artificielles
- chimiothérapie
- radiation
- opération
- respiration artificielle
- dialyse rénale
- réanimation
- soins intensifs
- hospitalisation
- autre traitement (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 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 :  
.....

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 :