

## La déclaration anticipée négative ou comment refuser l'acharnement thérapeutique

Selon le journal du médecin, l'acharnement thérapeutique peut être défini comme « l'application obstinée d'un traitement qui n'apportera plus de bien-être au patient. Un traitement qui prolonge inutilement une vie dont la qualité est devenue trop précaire. Le principe de bienfaisance et de non-malfaisance ne sont plus respectés. Le principe d'autonomie est souvent aussi bafoué, encore que l'acharnement thérapeutique n'ait pas toujours une valeur subjective ».

Avant de ne plus pouvoir nous exprimer, nous pouvons nous opposer à cet acharnement et pour cela nous devons définir clairement les types de soins que nous n'accepterons pas.

Evidemment si nous pouvons nous exprimer, et selon l'art. 8 de la loi relative aux droits du patient, chacun de nous a le droit de consentir librement aux soins mais a aussi le droit de retirer son consentement ou de le refuser.

Cette déclaration anticipée négative doit être idéalement complétée avec l'aide d'un médecin qui pourra commenter les différents traitements proposés et également nous permettre d'ajouter d'autres traitements non spécifiés.

Attention, cette déclaration n'est pas une déclaration anticipée d'euthanasie.

Comme pour toutes les déclarations, un mandataire peut être nommé, différent et prioritaire sur le représentant légal. La durée de validité de la déclaration de volontés relative au traitement est illimitée. Elle peut être modifiée ou supprimée à tout moment. Dans ce cas, il faut évidemment en avvertir les personnes à qui elle a été remise. Pour avoir force juridique, la déclaration anticipée négative doit être datée et reprendre la signature de toutes les personnes qui y sont mentionnées.

## FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

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 :

S'informer sur mon état de santé et son évolution probable	oui	non
Si oui pour la période..... (ex jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée)		
Nom du praticien concerné (ex le médecin généraliste) .....		

Consulter mon dossier patient	oui	non
Si oui pour la période..... (ex jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée)		
Nom du praticien concerné (ex le médecin généraliste) .....		

Demander une copie de mon dossier patient	oui	non
Si oui pour la période..... (ex jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée)		
Nom du praticien concerné (ex le médecin généraliste) .....		

Contacter le service de médiation compétent pour les plaintes relatives à l'application des droits du patient	oui	non
Si oui, pour la période.....		

<b>Identité du patient</b>
- nom et prénom .....
- numéro national.....
- adresse .....
.....
- numéro de téléphone/Gsm .....
- date de naissance .....
- adresse mail.....

**Identité de la personne de confiance**

- nom et prénom .....
- numéro national.....
- adresse .....
- .....
- numéro de téléphone/Gsm .....
- date de naissance .....
- adresse mail.....

La personne de confiance s'engage à garder la confidentialité à propos des informations reçues

Une copie de ce document est déposée chez mon médecin généraliste :  
Le Docteur.....

Fait à ..... le .....

Signature du/de la soussigné(e)

Signature de la personne de confiance

*Il est recommandé de rédiger ce formulaire en 3 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.*

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