

## Annexe 2. Le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé

Ce carnet comprend différents volets concernant les souhaits que vous souhaitez exprimer pour votre fin de vie. Ils seront pris en compte dans la mesure du possible.

# Carnet de vie

Faire entendre sa voix  
jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

---

## Table des matières

VOLET I Personnes qui me sont proches .....	2
VOLET II Eléments du vécu personnel .....	4
VOLET III Qualité de vie.....	8
VOLET IV Affinités spirituelles et philosophiques .....	10
VOLET V Volontés concernant mon après-décès.....	11
VOLET VI Transmission de paroles .....	14

**VOLET I**  
**Personnes qui me sont proches**

- Enfant(s)

1. Nom et prénom

2. Nom et prénom

3. Nom et prénom

(Si plus de 3 enfants et membres de famille recomposée, veuillez dupliquer cette feuille)

- Autre(s) personne(s) significative(s) (proches, ami(e)s, etc.) que je souhaite mentionner

1. Nom et prénom

Type de lien

2. Nom et prénom

Type de lien

Coordonnées de la personne de contact

#### IV. MEDECIN TRAITANT

- Coordonnées de mon médecin traitant ACTUEL

Nom et prénom

Adresse

Tél. ou GSM

Depuis quelle année ?

- Coordonnées éventuelles de mon médecin traitant PRECEDENT

Nom et prénom

Adresse

Tél. ou GSM

Depuis quelle année ?

## VOLET II

### Eléments du vécu personnel

#### Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, il permettra à votre entourage, aux soignants, de faire connaissance avec vous, de comprendre vos valeurs, vos préférences, vos choix, en fonction de ce que vous avez vécu tout au long de votre vie et de pouvoir prendre soin de vous de la façon la plus respectueuse de vos valeurs.*

#### **VECU PERSONNEL**

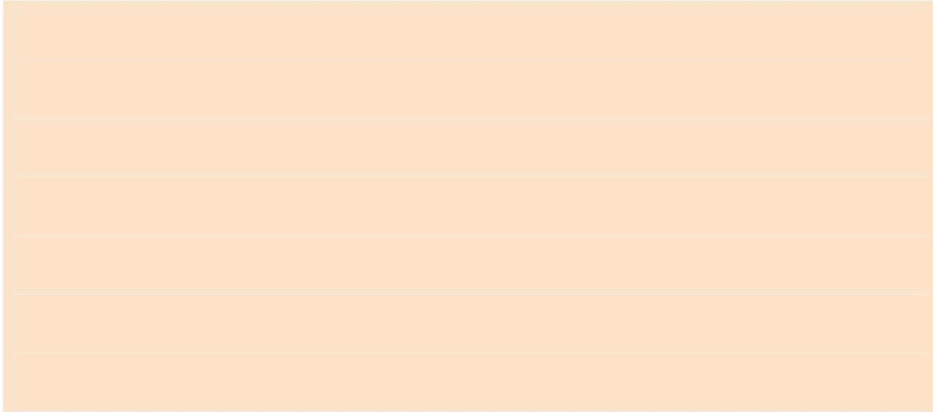
- **Evènements marquants de ma vie** (qu'ils soient positifs ou négatifs)

*Quels moments de ma vie me paraissent les plus importants ?*



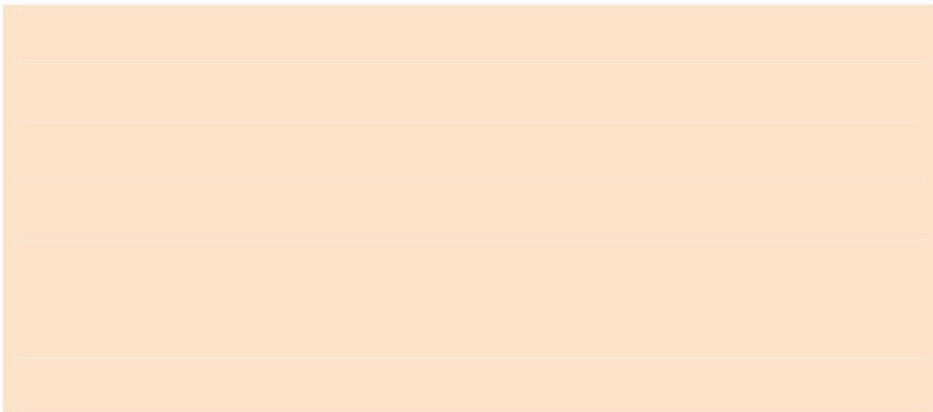
- **Rôles/ occupations principales**

*Quels sont les rôles les plus importants que j'ai assumés dans ma vie au niveau familial, professionnel, amical, etc. ?*



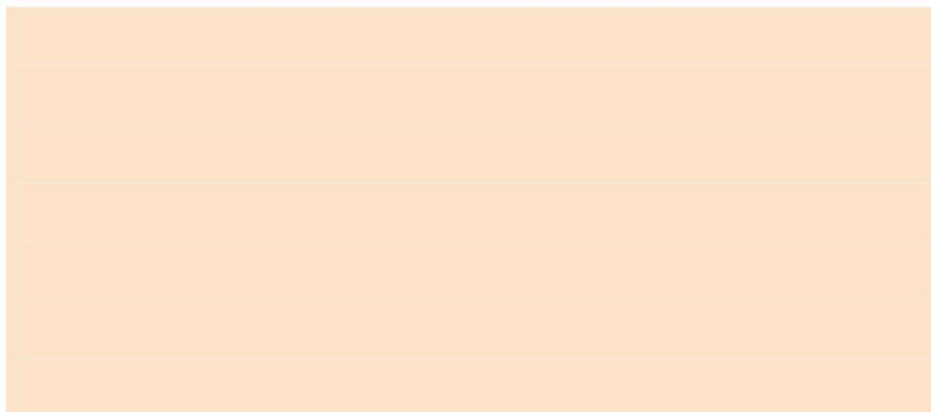
- **Réalisations importantes de ma vie**

*Quelles sont mes plus grandes sources de fierté ?*

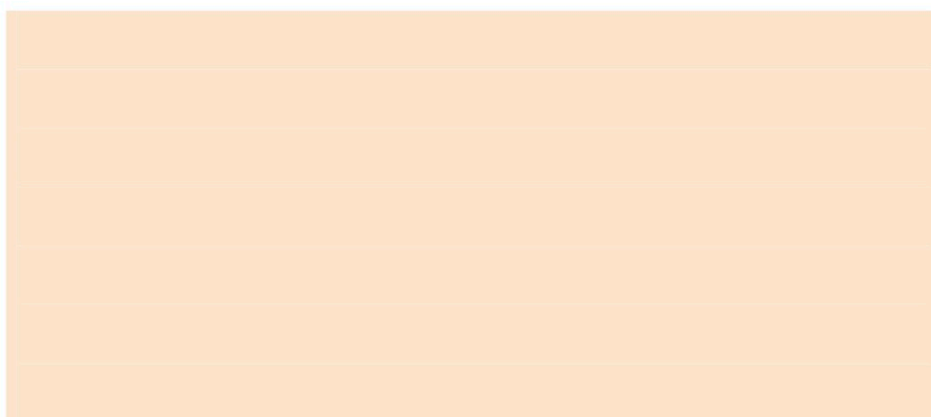


- **Valeurs actuelles**

*Qu'est-ce qui est important pour moi aujourd'hui ?*

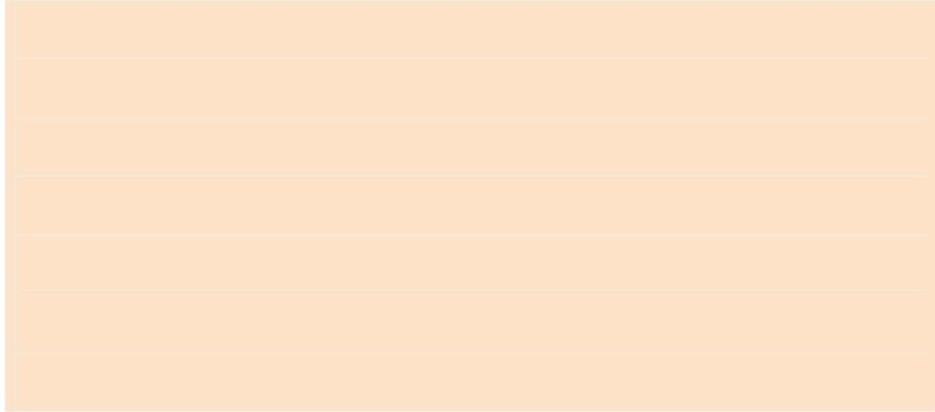


- **Loisirs et passions**



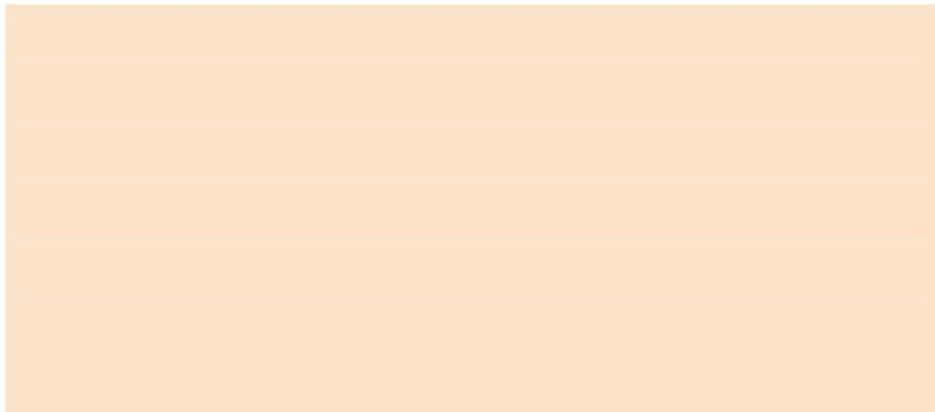
- **Dignité**

*Que signifie pour moi un accompagnement qui me respecte ?*



- **Projets**

*Y a-t-il des choses que je souhaiterais vivre ou clôturer avant de mourir ?*



## VOLET III Qualité de vie

### Préambule :

*Si vous décidez de compléter ce volet, il vous permettra de réfléchir sur votre conception de la qualité de vie, de la dignité, ainsi que du lieu dans lequel vous vous sentez le mieux pour passer vos derniers instants.*

*Si vous décidez de transmettre ce volet, il sera pris en compte dans le cas où vous ne seriez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Ceci permettra à vos proches et aux soignants de mieux comprendre, respecter vos volontés et vous accompagner de la manière qui vous conviendra le mieux.*

### **VOLONTE RELATIVE AUX TRAITEMENTS EN ACCORD AVEC MES VALEURS**

Que signifie pour moi « qualité de vie » ?


Que signifie pour moi « mourir dans la dignité » ?


Suis-je prêt(e) à accepter certaines limitations (physiques, psychologiques, sociales) pour augmenter la durée de ma vie ?

OUI       NON       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si non, quelles sont les limitations que je considère suffisamment graves pour ne plus vouloir continuer à vivre ?

## VOLET IV Affinités spirituelles et philosophiques

### Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, vous acquérez la possibilité de recevoir la visite d'un conseiller spirituel (de toute confession mais aussi non confessionnel).*

*Vous pouvez demander les coordonnées de conseillers spirituels auprès de vos soignants.*

### **CHOIX SPIRITUELS ET PHILOSOPHIQUES**

Est-ce que je souhaite bénéficier de l'aide d'un conseiller spirituel ?

OUI                       NON                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Quel type de conseiller spirituel je désire rencontrer?

Un conseiller :     laïc                       catholique                       protestant  
                          orthodoxe                       musulman                       hébraïque  
                          bouddhiste

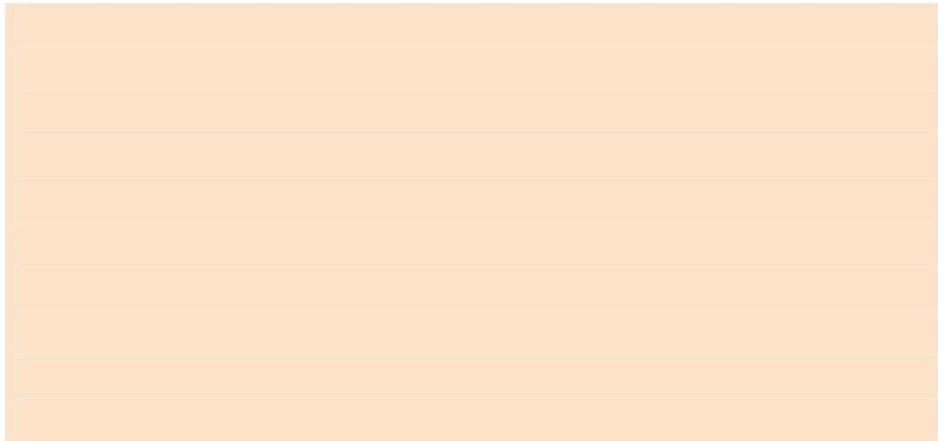
Autre(s), à spécifier :

Souhaits spécifiques concernant mon accompagnement spirituel ou philosophique :

**VOLET V**  
**Volontés concernant mon après-décès**

**1. MON CORPS**

Je souhaite que, dans la mesure du possible, les rituels suivants soient respectés



## 2. MES OBSEQUES

2.1.  Je souhaite être inhumé(e)

Selon les rituels correspondant à mes convictions spirituelles et philosophiques

Commentaire

Autre(s) modalité(s) désirée(s) concernant l'inhumation, à préciser :

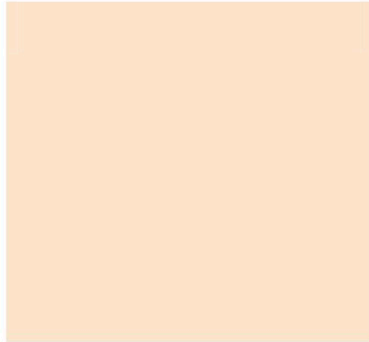
2.2.  Je souhaite être incinéré(e)

Avec inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière

Dans ce cas, indiquez le lieu du cimetière

Autre(s) modalité(s) désirée(s) concernant la conservation ou la dispersion des cendres, à préciser :

Je laisse à mes proches le choix des modalités d'inhumation



Je laisse à mes proches le choix des modalités concernant mes cendres



Je souhaite laisser à mes proches l'entière liberté de choix concernant les modalités de mes obsèques.

J'ai souscrit une assurance « obsèques ».

Nom de la compagnie



N° contrat



Commentaire(s) supplémentaire(s)



## VOLET VI Transmission de paroles

### Préambule :

*Si vous décidez de compléter et de diffuser ce volet, il vous permettra d'exprimer certaines choses à vos proches (famille, amis, soignants, etc.). Vous pouvez décider de transmettre ce volet à une personne en qui vous avez confiance afin qu'il remette le document à vos proches après votre décès (sous enveloppe fermée ou non, à votre meilleure convenance). Ce volet vous donne l'occasion de laisser une trace, si vous le souhaitez, pour la postérité.*

### **TRANSMISSION DE PAROLES**

Y a-t-il des choses, des idées que je souhaite faire savoir , dire, transmettre à mes proches ?

Je souhaite que ce volet soit transmis à mes proches (éventuellement sous enveloppe fermée).

OUI

NON

Si oui, à qui ?

Je désigne ..... pour transmettre ce quatrième volet à mes proches en cas de décès.

Carnet comprenant les différents documents légaux concernant les choix de fin de vie

# Déclarations de volonté

Faire entendre sa voix jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

---

## Table des matières

I. MANDATAIRE.....	2
II. PERSONNE DE CONFIANCE.....	5
III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT.....	7
IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE.....	12
V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS.....	17

## I. MANDATAIRE

*Par mandataire, la loi belge sur les droits du patient entend « la personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même »*

Ai-je désigné un mandataire\* pour me représenter le cas échéant ?

*\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance un mandataire.*

OUI

NON

Si oui, voici les coordonnées du mandataire que j'ai désigné par un mandat écrit spécifique pour me représenter afin qu'il fasse exercer mes droits de patient en mon nom en cas d'incapacité à exprimer ma volonté en matière de soins de santé.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de mandataire et que je souhaite le faire, le document légal qui s'y rapporte se trouve ci-après.



Désignation d'un **MANDATAIRE**

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

- Je soussigné(e) ..... désigne la personne citée ci-dessous pour me représenter, pour autant et aussi longtemps que je ne serai pas en mesure d'exercer moi-même mes droits en tant que patient.

• Données personnelles du patient :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

• Données personnelles du mandataire :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :

- J'accepte ma désignation de représentant comme visée ci-dessus et je veillerai à représenter le patient pour le cas où il ne serait pas en mesure d'exercer ses droits.

Fait à ..... le .....(date) - Signature du mandataire :

**Recommandations :**

1. Il est recommandé de rédiger ce formulaire en deux exemplaires ; un exemplaire peut être conservé par le mandataire, un exemplaire peut être conservé par le patient et une copie peut en être communiquée au médecin de famille ou à un autre médecin choisi par le patient. En ce cas, le médecin est : .....(à compléter par le patient)
2. La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.



**REVOCAION du MANDATAIRE désigné**

dans le cadre de la représentation du patient

(article 14 §1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient )

- Je soussigné ....., révoque par la présente la  
personne citée ci-dessous que j'ai désignée comme mandataire le ...../...../.....

• Données personnelles du mandataire révoqué :

- nom et prénom :
- adresse :
- numéro de téléphone :
- date de naissance :

Fait à ....., le ..... (date) - Signature du patient :

Recommandation :

Il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale établie le  
..J.J..

## II. PERSONNE DE CONFIANCE

*Par personne de confiance, la loi belge sur les droits du patient entend « un membre de la famille, un(e) ami(e), un(e) autre patient(e) ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à porter plainte »*

Ai-je désigné une personne de confiance\* pour m'accompagner dans mon suivi médical ?

*\*Il n'y a aucune obligation légale de désigner à l'avance une personne de confiance.*

OUI

NON

Si oui, voici les coordonnées de la personne de confiance que j'ai désignée.

Nom et prénom

Tél. ou GSM

E-mail

Type de lien entretenu

Si je n'ai pas encore désigné de personne de confiance et que je souhaite le faire, je peux me référer au document légal ci-après.

N.B : « Personne de confiance » et « mandataire » peuvent être une seule même personne.



**Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE**

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art 9§3)

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 :

**o s'informer sur mon état de santé et son évolution probable**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

**o consulter mon dossier patient**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

**o demander une copie de mon dossier patient**

Période: .....

(p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)

Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :

.....

▪ **Identité du patient :**

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

▪ **Identité de la personne de confiance**

- Nom et prénom.....

- adresse : .....

- numéro de tél. : ..... date de naissance : .....

Fait à ..... le date .....

*Signature du patient*

**Recommandation :** Il est recommandé de rédiger ce formulaire en trois 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.

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

### III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT

*La déclaration anticipée de volonté relative au traitement sera respectée dans le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Cette déclaration n'est pas limitée dans le temps, à moins d'une révocation ou de modifications de votre part. Pour s'assurer que vos souhaits seront respectés, il est préférable de les communiquer à vos proches et aux soignants qui vous accompagnent. Dans le cas où un mandataire a été désigné, celui-ci peut faire respecter vos choix et le médecin est tenu légalement de respecter cette volonté*

Si je suis dans l'incapacité d'exprimer ma volonté, quels sont les soins de santé dont je ne souhaite pas bénéficier ?

Si je répons « oui » à l'une des propositions suivantes, je spécifie les conditions dans lesquelles ce choix est applicable (ex : si je me trouve dans un état de dégradation physique et/ou intellectuelle profonde ; s'il n'y a plus d'espoir d'amélioration de mon état de santé ; si j'ai déjà subi x traitements par antibiotiques ; etc...). Il peut être opportun de demander au médecin de préciser ce qu'impliquent ces thérapies spécifiques.

#### I. TRANSFERT ENTRE LE MILIEU DE VIE ET LE MILIEU HOSPITALIER

Je souhaite être emmené(e), si nécessaire et dans la mesure du possible, à l'hôpital en cas de problème de santé jugé critique par les soignants m'accompagnant

OUI                       NON                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, si possible:

- avec l'accord de mes proches
- avec l'accord de mon médecin traitant

Je souhaite être transféré(e) dans la mesure du possible dans l'hôpital suivant :

Nom

Ville

Je souhaite finir mes jours dans mon lieu de vie.

OUI                       NON                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si oui, mon lieu de vie se situe à :

## II. VOLONTES ANTICIPEES

1. Je refuse qu'on me réanime

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

2. Je refuse d'être branché(e) à un appareil respiratoire si je ne peux plus respirer naturellement.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

3. Je refuse d'être nourri(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

4. Je refuse d'être hydraté(e) de manière artificielle si je ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

5. Je ne souhaite pas que ma vie soit prolongée artificiellement si aucune amélioration de santé n'est médicalement envisageable.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

6. Je refuse de bénéficier de soins palliatifs.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

7. Je refuse les traitements contre la douleur.

OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

8. Je ne désire pas que mes proches soient associés à la prise de décision me concernant.

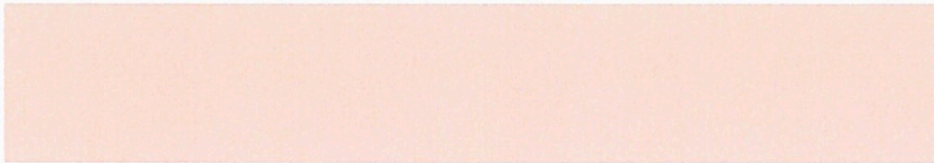
OUI

Conditions

NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

9. Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier que je souhaite mentionner



10. Je ne souhaite plus effectuer d'examens médicaux sauf s'ils sont destinés à améliorer mon confort.

OUI

Conditions



NON

ACTUELLEMENT SANS AVIS

#### **IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE**

*La déclaration anticipée d'euthanasie permet à un patient conscient et lucide de demander par écrit qu'il soit mis fin à sa vie au cas où il se trouverait dans une situation médicale sans issue et dans un état d'inconscience irréversible. Cette déclaration doit être signée en présence de deux témoins majeurs et a une durée de validité de 5 ans.*

J'ai rempli par écrit une déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, celle-ci a été enregistrée à la commune de :

Date de l'enregistrement de la déclaration :

Je désire recevoir des informations sur le cadre légal et les démarches nécessaires à entreprendre concernant la déclaration anticipée d'euthanasie

OUI     NON

Si oui, je peux me référer ci-après au document légal s'y rapportant.

Autre(s) élément(s) que je désire mentionner dans le volet « soins de santé »

Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie

---

**Rubrique I. Données obligatoires**

**A. Objet de la déclaration anticipée**

Monsieur/Madame (\*) (nom et prénom) :

(\*) 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**

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 :
- 2) nom et prénom :  
résidence principale :  
adresse complète :

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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

numéro d'identification dans le registre national  
numéro de téléphone :  
date et lieu de naissance :  
lien de parenté éventuel :

## **Rubrique II. Données facultatives**

### **A. Les personnes de confiance éventuellement désignées**

**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 :  
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

(\*) biffer la mention inutile

(1) le cas échéant

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

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 :

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

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

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

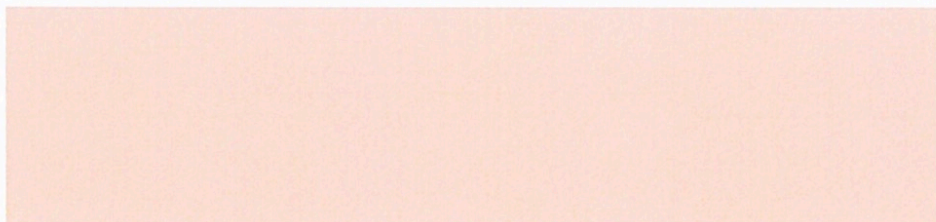
## V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS

### 1. DON D'ORGANES

J'accepte qu'après mon décès, mes organes soient utilisés à des fins de transplantation.

OUI\*                       NON\*\*                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

\* Si oui, je suis légalement libre d'indiquer le ou les éventuel(s) organe(s)  
dont je ne souhaite pas faire don à des fins de transplantation



\*\* Si non, faire enregistrer l'opposition au don d'organes au registre de la population de la commune dans laquelle je suis domicilié(e) ou mentionner le nom de la commune dans laquelle le refus de don d'organes a été enregistré. Le document légal s'y rapportant se trouve ci-après.

### 2. DON DU CORPS

J'accepte que mon corps soit utilisé à des fins de recherche médicale.

OUI\*                       NON\*\*                       ACTUELLEMENT SANS AVIS

Si j'ai déjà rempli un document concernant le don du corps à la science :

- le document concernant le 'don du corps à la science' a été remis auprès de telle personne et/ou institution (université, médecin, notaire ou autre contact, à préciser) :



Tél



- Si non, la liste des hôpitaux et des universités acceptant un don de corps se trouve ci-après.

## Déclaration pour le don d'organes



ROYAUME DE BELGIQUE

Base légale : AR du 30/10/86 (MB 14/02/87)

<http://www.beldonor.be>

Commune:

Code postal:

Formulaire pour la manifestation de la volonté concernant le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus **après** le décès.

---

Nom – Prénoms : \_

Lieu et date de naissance(jj/mm/aaaa) : \_

N° Registre National :

Adresse :

- s'oppose à tout prélèvement d'organes et de tissus (1)
- se déclare expressément donneur (volonté expresse)
- lève la déclaration d'opposition (1)
- lève la déclaration de volonté expresse

---

(1) Le représentant de celui au nom duquel l'opposition ou le retrait de l'opposition a été fait :

le degré de parenté :

---

Fait à

Le  
Signature du demandeur,

Signature du fonctionnaire,

cachet de la commune

(1) le cas échéant

## Léguer son corps à la science, liste des universités

---

Lorsque vous souhaitez léguer votre corps à la science, il faut rédiger un document à la main (un testament) où vous mentionnez l'université de votre choix qui peut réclamer le corps. Il est recommandé de s'informer au préalable auprès du service en charge de ce sujet auprès de cette université. Vous trouverez ci-dessous les données de contact des universités.

### Université Libre de Bruxelles

*Service anatomie, legs de corps*

Bâtiment G, niveau 2, bureau 211 CP619  
808, route de Lennik, 1070 Bruxelles  
tel: 02/555.63.66 ou 02/555.63.20  
[erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR](http://erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=18612&langue=FR)

### Université de Liège

*Institut d'anatomie*

*Service 'Legs de corps'*

CHU - Tour 3- niveau-1, Pathologie, 4020 Liège  
tel: 04/366.51.52 ou 04/366.51.53  
[labos.ulg.ac.be/dondecoprs](http://labos.ulg.ac.be/dondecoprs)

### Université catholique de Louvain

*Unité d'anatomie humaine*

Tour Vésale 5240  
52, av. Emmanuel Mounier, 1200 Bruxelles  
tel: 02/764.52.40  
[uclouvain.be/235842.html](http://uclouvain.be/235842.html)

### Université de Mons Hainaut

*Institut d'anatomie*

4, avenue du champs de mars, 7000 Mons  
tel: 065/37.37.49  
<http://portail.umons.ac.be/FR/universite/facultes/fmp/services/anat/Pages/Dondecoprsalascience.aspx>

Ce carnet est destiné aux personnes qui sont amenées à m'accompagner en fin de vie et sera utilisé dans le respect de mes volontés au cas où et tant que je ne suis plus capable de prendre moi-même une décision.

## Conditions d'utilisation

Faire entendre sa voix  
jusqu'au bout de sa vie ...

Pallium

---

J'autorise les personnes suivantes\* à transmettre à (Mr, Mme, Institution) :

\*veuillez désigner la/les personne(s) concernée(s) :

**Section II – Carnet de vie :**

- Volet 1 : éléments importants du vécu personnel
- Volet 2 : qualité de vie
- Volet 3 : affinités spirituelles ou philosophiques
- Volet 4 : transmission de paroles

**Section III – Déclarations de volontés:**

- Déclaration anticipée de volonté relative aux traitements
- Déclaration anticipée d'euthanasie
- Volontés d'après-décès
- Don d'organe
- Don du corps à la science

Commentaire(s) éventuel(s)

Document établi à :

Le :

Nom et prénom :

Signature :

**En cas d'impossibilité physique permanente, je désigne ci-dessous la personne majeure suivante n'ayant aucun intérêt matériel à mon décès, pour rédiger pour moi le présent document.**

- Informations concernant cette personne :

Nom et prénom :

N° de registre national

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse du lieu de résidence

Tél. ou GSM

E-mail

[Redacted area]

Date et signature de la personne désignée :

[Redacted area]

Document connu du MANDATAIRE (nom en lettres capitales)

[Redacted area]

Date et signature du mandataire :

[Redacted area]

Document connu de la PERSONNE DE CONFIANCE (nom en lettres capitales)

[Redacted area]

Date et signature de la personne de confiance :

[Redacted area]

Fait en ..... exemplaires, maintenus auprès du déclarant et des personne(s) suivante(s) :

Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Ville et code postal : .....	Ville et code postal : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
GSM : .....	GSM : .....
Lien par rapport au déclarant : .....	Lien par rapport au déclarant : .....
Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Ville et code postal : .....	Ville et code postal : .....
Tél. : .....	Tél. : .....
GSM : .....	GSM : .....
Lien par rapport au déclarant : .....	Lien par rapport au déclarant : .....

Afin de respecter l'évolution de mes souhaits par rapport à l'anticipation des soins liés à la fin de ma vie, ce document peut être modifié. Le tableau ci-dessous présente la chronologie des modifications éventuelles.

Version(s) du document	Date(s)	Signature du déclarant
Première Version		
Modification 1°		
Modification 2°		
Modification 3°		