

## Information pour les professionnels de santé

- Déclaration anticipée négative
- Déclaration anticipée relative à l'euthanasie
- Déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux obsèques
- Déclaration de don d'organes
- Déclaration de don du corps à la science



## Planification anticipée

Ces fiches les plus concises possibles sont réalisées par Brusano pour répondre à la demande **dans le cadre de la pandémie du Covid 19**. L'objectif est de pouvoir faire respecter les droits du patient reconnus par la loi du 22 août 2002. Elles ont été réalisées sur base du document : les déclarations anticipées correctes publié par le SPF santé publique que vous pourrez retrouver sur le site de BRUSANO : [www.brusano.brussels](http://www.brusano.brussels)

Il n'existe aucune obligation légale de compléter ces documents. Ceci doit être fait sur base volontaire. Le médecin généraliste est tenu d'informer clairement son patient (sauf si celui-ci ne le souhaite pas ou si cela risque de lui causer un préjudice grave) sur son état de santé.

Avant de prendre une décision le patient doit pouvoir parler avec le médecin et l'équipe soignante des possibilités existantes et de leurs conséquences. Il doit pouvoir se renseigner sur les différentes mesures et sur les répercussions de leur prolongement ou de leur arrêt.

Il est important de rappeler à tous que ces documents peuvent être modifiés à tout moment par le patient.

L'équipe de Brusano reste à votre disposition pour toute information complémentaire

**Attention : Les volontés du patient concernant les obsèques, le don d'organe ou le don du corps à la science sont limitatives en cette période de pandémie.**



## PLANIFICATION ANTICIPÉE

DÉCLARATION  
ANTICIPÉE NÉGATIVE

déclaration anticipée  
relative à l'euthanasie

déclaration de  
dernières volontés

déclaration de  
don d'organes

déclaration de don du  
corps à la science

### C'EST QUOI ?

**refus de soins > ce que je ne veux pas.** Il s'agit d'un document écrit qui précise le type de soins, examens et/ou traitements refusés par la personne dans l'hypothèse où celle-ci ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.


### POUR QUI ?

Toute personne soucieuse d'exprimer à l'avance ses refus de soins ou ses choix de non-traitement.

### COMMENT PROCÉDER ?

La personne remplit la déclaration de manière anticipée et conserve un exemplaire. Il est recommandé d'en remettre également au médecin généraliste pour le dossier médical ainsi qu'à son/ses représentant(s)\*.

*\*Le représentant est la personne (une ou plusieurs) qui agit au nom du requérant lorsque celui-ci n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté.*

Modèle officiel	✘	Proposition de formulaire sur notre site : <a href="http://www.brusano.brussels">www.brusano.brussels</a>
Juridiquement contraignante	✓	Les médecins doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	✘	/
Durée de validité		Indéfiniment et révisable à tout moment
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://www.health.belgium.be">www.health.belgium.be</a> (SPF Santé publique)</li> <li>• Brochure <i>Les déclarations anticipées correctes (planification anticipée des soins)</i> <a href="http://www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/">www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/</a></li> </ul>

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

Nom et prénom .....  
 Adresse complète .....  
 Numéro d'identification au Registre national .....

Description des risques à l'origine de l'incapacité (facultatif).

Si je ne devais plus être capable d'exprimer ma volonté .....

Si un traitement/examen démarre, il ne peut pas avoir pour objectif de prolonger la vie. La personne peut également y préciser ici les traitements spécifiques dont elle ne veut pas.

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 et nutrition artificielles
- chimiothérapie
- radiation
- opération
- respiration artificielle
- dialyse rénale
- réanimation
- soins intensifs
- hospitalisation
- autre traitement (compléter par vous-même) : .....

Si la personne accepte le don d'organes, il est indispensable de cocher cette case.

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

**COVID 19 : interdit si suspicion ou cas avéré**

Un (ou plusieurs) représentant(s) peuvent être désignés par le patient pour agir en son nom s'il ne peut pas exprimer sa volonté.

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

Nom et prénom .....  
 Adresse complète .....  
 Numéro d'identification au Registre national .....  
 Numéro de téléphone.....  
 Date et lieu de naissance.....  
 Lien de parenté éventuel.....

Si la personne est capable mais physiquement dans l'impossibilité de rédiger personnellement la déclaration anticipée (paralysie, cécité...), elle peut désigner un autre rédacteur (doit être une personne majeure). L'état peut éventuellement être attesté par le médecin généraliste.

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 désignée pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

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

Pour avoir force de loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.

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

Fait à ....., le .....

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 : .....

En signant cette déclaration, le médecin généraliste confirme que la personne (le requérant) était toujours en capacité mentale lors de sa rédaction. Ce n'est pas obligatoire mais recommandé.

Facultatif :  
 Le médecin traitant confirme par sa signature seulement la capacité mentale du demandeur : .....

Signature, date et cachet : .....

(chaque signature et date seront complétées des nom et qualité du signataire)

## Déclaration anticipée négative

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'examens, 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 (compléter par vous-même) : .....

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 de le faire :

Nom et prénom .....

Adresse complète .....

Numéro d'identification au Registre national .....

Numéro de téléphone .....

Date et lieu de naissance .....

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 désignée pour rédiger cette déclaration anticipée négative.

Les données personnelles de cette personne sont les suivantes :

Adresse complète .....

Numéro d'identification au Registre national .....

Numéro de téléphone .....

Date et lieu de naissance .....

Lien de parenté éventuel .....

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

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

Fait à ....., le .....

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 :

(chaque signature et date seront complétées des nom et qualité du signataire)

**PLANIFICATION ANTICIPÉE**



**C'EST QUOI ?**

Il s'agit d'un document écrit par lequel une personne donne son accord pour qu'un médecin pratique à l'avenir une euthanasie **dans les conditions fixées par la loi** dans l'hypothèse où cette personne ne pourrait plus manifester sa volonté car inconscient de manière irréversible (coma ou état végétatif).


**POUR QUI ?**

Toute personne capable d'exprimer sa volonté, majeure ou mineure émancipée.

*Remarque :* Le médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie doit transmettre le dossier médical au confrère désigné par la personne. L'euthanasie n'est pas un droit. Introduire une demande ne garantit pas que celle-ci sera pratiquée. Même si toutes les conditions légales sont réunies, le médecin est libre d'accepter ou de refuser de pratiquer une euthanasie. S'il refuse, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle en précisant les raisons de son choix. Le patient peut alors se tourner vers un autre médecin.

**COMMENT PROCÉDER ?**

La personne remplit la déclaration anticipée relative à l'euthanasie (**modèle officiel**), en présence de min. 2 témoins.

Modèle officiel	✓	formulaire officiel sur notre site : <a href="http://www.brusano.brussels">www.brusano.brussels</a>
Juridiquement contraignante	✓	Les médecins doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	✓	Bien que facultatif, cet enregistrement permet que les médecins puissent être rapidement informés de l'existence d'une déclaration anticipée. Dans le cas où la personne ne souhaite pas faire enregistrer cette déclaration, elle devra veiller à faire connaître sa volonté. Dans la déclaration il est possible de désigner une ou plusieurs <b>personnes de confiance</b> qui ont pour rôle d'informer le médecin généraliste de la volonté de la personne .
Durée de validité		<b>Pour les déclarations rédigées avant le 2 avril 2020 : 5 ans</b> , à compter de la date de la déclaration. Le déclarant doit lui-même veiller à ce que sa déclaration anticipée soit reconfirmée tous les 5 ans s'il souhaite qu'elle reste valide. <b>Pour les déclarations rédigées à partir du 2 avril 2020 :</b> La déclaration a une durée de <b>validité illimitée</b> .
		<ul style="list-style-type: none"> <li>· <a href="http://www.health.belgium.be">www.health.belgium.be</a> (SPF Santé publique)</li> <li>· Brochure <i>Les déclarations anticipées correctes (planification anticipée des soins)</i> <a href="http://www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/">www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/</a></li> </ul>



**Il est indispensable de choisir une de ces quatre options ! Il convient de biffer les mentions inutiles.**

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne .

**Cette indication obligatoire permet de s'assurer que l'intention exprimée dans le document a été rédigée librement et en pleine conscience**

La déclaration anticipée doit obligatoirement être rédigée en présence de 2 témoins majeurs.

Un des deux témoins ne peut avoir d'intérêt matériel au décès du requérant. Il ne peut donc s'agir d'un membre de la famille ou d'un héritier.

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité des témoins.

**Dans le cas où le requérant ne serait plus en capacité d'informer le médecin généraliste sur la déclaration anticipée relative à l'euthanasie, il peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance qui s'en chargeront.**

**Ne peuvent pas être désignées comme personnes de confiance : le médecin généraliste, le médecin consulté ou l'équipe en charge des soins.**

Dans le cas où le requérant ne serait plus en capacité physique de rédiger personnellement cette déclaration anticipée, il peut désigner un rédacteur. Dans ce cas :

- \* L'incapacité physique doit être spécifiée
- \* Un certificat médical doit être joint
- \* Le rédacteur doit être une personne majeure qui n'a pas un intérêt matériel au décès du requérant

Ne peuvent pas être désignées comme personnes de confiance : le médecin généraliste, le médecin consulté ou l'équipe en charge des soins.

**Il convient de préciser le nombre d'exemplaires et les endroits où ils sont conservés. En cas d'enregistrement, l'administration communale doit fournir un exemplaire original au SPF Santé publique.**

Pour avoir force de loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.

### Rubrique I. Données obligatoires

#### A. Objet de la déclaration anticipée

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

(\*) demande qu'au cas où il/elle(\*) n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin applique l'euthanasie, s'il a été satisfait à toutes les conditions fixées par la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. (1)

(\*) confirme à nouveau la déclaration anticipée relative à l'euthanasie rédigée en date du ..... (1)

(\*) modifie la déclaration anticipée d'euthanasie rédigée en date du : ..... (1)

(\*) retire la déclaration anticipée d'euthanasie rédigée en date du : ..... (1)

#### B. Données personnelles du requérant

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale : .....

- adresse complète : .....

- numéro d'identification au Registre national : .....

- lieu et date de naissance : .....

#### C. Caractéristiques de la déclaration anticipée

Cette déclaration a été faite librement et en pleine conscience, ce qui est confirmé par la signature des deux témoins et, le cas échéant, de la (des) personne(s) de confiance.

J'entends que cette déclaration anticipée soit respectée.

#### D. Les témoins

Les témoins devant lesquels je rédige cette déclaration anticipée sont les suivants :

1) nom et prénom : .....

résidence principale : .....

adresse complète : .....

numéro d'identification au 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 au Registre national : .....

numéro de téléphone : .....

date et lieu de naissance : .....

lien de parenté éventuel : .....

### Rubrique II. Données facultatives

#### A. Les éventuelles personnes de confiance 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 s'appliquer 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 au Registre national : .....

numéro de téléphone : .....

date et lieu de naissance : .....

lien de parenté éventuel : .....

2) ... (2)

#### B. Données à fournir par la personne qui n'est physiquement pas capable de rédiger et signer une déclaration anticipée

La raison pour laquelle je ne suis physiquement pas capable en permanence de rédiger et signer cette déclaration anticipée est la suivante:

.....

.....

Comme preuve de cet état, je joins un certificat médical en annexe.

J'ai désigné ..... (nom et prénom) pour consigner par écrit cette déclaration anticipée.

Les données personnelles de la personne désignée ci-dessus sont les suivantes :

- résidence principale : .....

- adresse complète : .....

- numéro d'identification au Registre national : .....

- numéro de téléphone : .....

- date et lieu de naissance : .....

- lien de parenté éventuel : .....

Cette déclaration est établie en.... (nombre) d'exemplaires signés qui sont conservés (en un lieu ou chez une personne) :

.....

.....

Fait à ..... le .....

Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

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, il faut indiquer la qualité et le nom du signataire).

**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

## PLANIFICATION ANTICIPÉE

- déclaration anticipée négative
- déclaration anticipée relative à l'euthanasie
- DÉCLARATION DE DERNIÈRES VOLONTÉS**
- déclaration de don d'organes
- déclaration de don du corps à la science

### C'EST QUOI ?

Il s'agit d'un document écrit relatif aux dernières volontés quant aux obsèques. Les choix liés à la sépulture et à la cérémonie y sont indiqués ainsi que l'existence d'un éventuel contrat d'obsèques.

### COMMENT PROCÉDER ?

Modèle officiel	✘ Proposition de formulaire sur notre site : <a href="http://www.brusano.brussels">www.brusano.brussels</a>
Juridiquement contraignante	✔ Les proches et l'entrepreneur des pompes funèbres doivent en tenir compte
Enregistrement à l'administration communale	✔ Bien que facultatif, cet enregistrement permet de s'assurer du respect de ses dernières volontés,
Durée de validité	Indéfiniment et révisable à tout moment
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <a href="http://www.health.belgium.be">www.health.belgium.be</a> (SPF Santé publique)</li> <li>· Brochure <i>Les déclarations anticipées correctes (planification anticipée des soins)</i> <a href="http://www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/">www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/</a></li> </ul>

## PLANIFICATION ANTICIPÉE

déclaration anticipée négative

déclaration anticipée relative à l'euthanasie

**DÉCLARATION DE DERNIÈRES VOLONTÉS**

déclaration de don d'organes

déclaration de don du corps à la science

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

Afin de s'assurer du respect de ses choix, la personne peut faire enregistrer cette déclaration à l'Administration communale dans laquelle la personne réside.

La dispersion des cendres ne peut pas se faire dans un lieu public et requiert l'autorisation écrite du propriétaire du terrain où les cendres seront dispersées/inhumées (sauf si la propriété appartenait au défunt). Cette information doit être transmise à l'Etat civil de la commune du décès. Une urne funéraire peut aussi être conservée à la maison. Elle sera remise à la personne désignée après les obsèques.

Le choix du territoire communal est libre.

Si la personne a souscrit à un contrat d'obsèques, elle le précise ici afin de l'acter dans le Registre national.

La personne peut préciser le rituel à suivre. Le choix a été limité aux croyances reconnues. Rem: 'conviction philosophique neutre' vise une cérémonie sans rituel de croyance et qui n'est pas dirigée par un représentant d'un courant de croyance.

Pour avoir force loi, la déclaration doit être datée et signée par toutes les personnes mentionnées.

L'enregistrement au service de l'Etat civil de la commune n'est pas obligatoire mais conseillé. Le registre sera consulté au moment de la déclaration du décès. Un accusé de réception est délivré lors du dépôt de cette déclaration.

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom)  
 Numéro d'identification au Registre national .....  
 demeurant à .....

(1) **Déclare** à l'Officier de l'état civil de la ville/commune de .....  
 (2) **revoit la déclaration** relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de .....  
 (3) **retire la déclaration** relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de .....

inhumation de la dépouille  
 crémation suivie de l'inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière  
 crémation suivie de l'inhumation des cendres au columbarium du cimetière  
 crémation suivie de la dispersion des cendres sur la pelouse de dispersion du cimetière  
 crémation suivie de la dispersion des cendres en mer, dans la zone territoriale belge  
 crémation suivie de la dispersion des cendres en un autre lieu que le cimetière ou la zone marine territoriale belge : .....  
 crémation suivie de l'inhumation des cendres en un autre lieu que le cimetière .....  
 crémation suivie de la conservation des cendres en un autre lieu que le cimetière .....

O nom de la commune d'inhumation ou de la commune où les cendres doivent être inhumées, gardées ou dispersées : .....

O contrat d'obsèques: nom de la société : .....  
 numéro de contrat : .....  
 date de signature : .....

**Rite de la cérémonie funéraire**  
 pas de rituel  
 cérémonie funéraire selon le rite catholique  
 cérémonie funéraire selon le rite protestant  
 cérémonie funéraire selon le rite anglican  
 cérémonie funéraire selon le rite orthodoxe  
 cérémonie funéraire selon le rite juif  
 cérémonie funéraire selon le rite musulman  
 cérémonie funéraire selon la conviction laïque  
 cérémonie funéraire selon une conviction philosophique neutre

Le contenu de cette déclaration, rédigée de mon plein gré représente ma dernière déclaration anticipée relative à mes dernières volontés quant à mes funérailles.

Fait à ....., le .....  
 Signature .....

**Accusé de réception** de la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles.  
 Le ..... (date), l'Officier de l'Etat civil de la ville/commune de .....  
 déclare avoir reçu la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles de ..... (nom, prénom);  
 Signature de l'Officier de l'Etat civil ou de son délégué .....

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom)

Numéro d'identification au Registre national .....

demeurant à .....

(1) **Déclare** à l'Officier de l'état civil de la ville/commune de .....

(2) **revoit la déclaration** relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de .....

(3) **retire la déclaration** relative aux dernières volontés quant aux funérailles, déposée à la ville/commune de .....

inhumation de la dépouille

crémation suivie de l'inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière

crémation suivie de l'inhumation des cendres au columbarium du cimetière

crémation suivie de la dispersion des cendres sur la pelouse de dispersion du cimetière

crémation suivie de la dispersion des cendres en mer, dans la zone territoriale belge

crémation suivie de la dispersion des cendres en un autre lieu que le cimetière ou la zone marine territoriale belge : .....

crémation suivie de l'inhumation des cendres en un autre lieu que le cimetière .....

crémation suivie de la conservation des cendres en un autre lieu que le cimetière .....

nom de la commune d'inhumation ou de la commune où les cendres doivent être inhumées, gardées ou dispersées : .....

contrat d'obsèques: nom de la société : .....

numéro de contrat : .....

date de signature : .....



**Rite de la cérémonie funéraire**

- pas de rituel
- cérémonie funéraire selon le rite catholique
- cérémonie funéraire selon le rite protestant
- cérémonie funéraire selon le rite anglican
- cérémonie funéraire selon le rite orthodoxe
- cérémonie funéraire selon le rite juif
- cérémonie funéraire selon le rite musulman
- cérémonie funéraire selon la conviction laïque
- cérémonie funéraire selon une conviction philosophique neutre

Le contenu de cette déclaration, rédigée de mon plein gré représente ma dernière déclaration anticipée relative à mes dernières volontés quant à mes funérailles.

Fait à ....., le .....

Signature

✂.....

**Accusé de réception** de la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles.

Le ..... (date), l'Officier de l'Etat civil de la ville/commune de .....

déclare avoir reçu la déclaration anticipée relative aux dernières volontés quant aux funérailles de ..... (nom, prénom);

Signature de l'Officier de l'Etat civil ou de son délégué

## PLANIFICATION ANTICIPÉE

déclaration anticipée négative

déclaration anticipée relative à l'euthanasie

déclaration de dernières volontés

**DÉCLARATION DE DON D'ORGANES**

déclaration de don du corps à la science

### C'EST QUOI ?

Il s'agit d'un document écrit qui précise la volonté du défunt. Le principe de base veut que les organes et tissus destinés à la transplantation peuvent être prélevés, après décès, chez toute personne domiciliée en Belgique, sauf chez les personnes qui ont exprimé leur opposition à un tel prélèvement.

### COMMENT PROCÉDER ?

Modèle officiel	✓	formulaire officiel sur notre site : <a href="http://www.brusano.brussels">www.brusano.brussels</a>
Juridiquement contraignante	✓ /	
Enregistrement à l'administration communale	✓	Pour s'assurer du respect de ses dernières volontés et obligatoirement en cas de refus de don, le personne doit faire enregistrer cette déclaration au Registre national.
Durée de validité		Indéfiniment et révisable à tout moment
		<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="http://www.health.belgium.be">www.health.belgium.be</a> (SPF Santé publique)</li> <li>Brochure <i>Les déclarations anticipées correctes (planification anticipée des soins)</i> <a href="http://www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/">www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/</a></li> </ul>



### COVID 19 : interdit si suspicion ou cas avéré

La combinaison de ces données permet de s'assurer de l'identité de la personne.

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 : \_\_\_\_\_

Il est indispensable de choisir une de ces options.

Chaque personne capable d'exprimer sa volonté (à partir de 12 ans) peut remplir une déclaration anticipée sur le prélèvement et la transplantation d'organes et tissus après son décès. **Pour les mineurs qui n'ont pas la capacité ou ceux dont la minorité a été prolongée**, la règle suivante s'applique: si le mineur (ou le mineur prolongé) ne peut exprimer sa volonté, du fait de son état mental, c'est son représentant légal, son administrateur provisoire ou, s'ils n'existent pas, son parent le plus proche qui peut exprimer ce refus.

L'enregistrement de la déclaration au service de l'Etat Civil, ces données lui permet d'être consignée dans le Registre national qui peut être consulté par le personnel soignant. Un accusé de réception est remis.

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

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

**PLANIFICATION ANTICIPÉE**



**C'EST QUOI ?**

Il s'agit d'un document manuscrit, daté et signé, qui stipule de manière non équivoque la volonté du défunt faire don de son corps à la science ainsi que l'université qui peut réclamer le corps.

**COMMENT PROCÉDER ?**

La personne rédige à la main une déclaration de don, la date et la signe. Elle en conserve une copie et adresse l'original à l'hôpital universitaire de son choix. L'hôpital enverra généralement au donateur un accusé de réception ou une fiche à joindre à sa carte d'identité, de telle sorte que les proches ou les héritiers soient informés. Le don de corps peut se faire à n'importe quelle université belge de son choix.

Modèle officiel	✗	Déclaration manuscrite
Juridiquement contraignante	✓ /	
Enregistrement à l'administration communale	✗ /	
Durée de validité		Indéfiniment et révisable à tout moment
	 <ul style="list-style-type: none"> <li>· <a href="http://www.health.belgium.be">www.health.belgium.be</a> (SPF Santé publique)</li> <li>· Brochure <i>Les déclarations anticipées correctes (planification anticipée des soins)</i> <a href="http://www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/">www.brusano.brussels/thematiques/soins-palliatifs/</a></li> </ul>	



**COVID 19 : interdit si suspicion ou cas avéré**



**Désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE**

**Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art 7§2, art 9§2, art9§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 :

<p><b>o s'informer sur mon état de santé et son évolution probable</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>
<p><b>o consulter mon dossier patient</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>
<p><b>o demander une copie de mon dossier patient</b>          Période: .....          (p. ex. jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée, ...)          Nom du praticien concerné (p. ex. le médecin généraliste, ...) :          .....</p>

▪ **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.



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.