**Déclaration anticipée concernant mes soins de santé et ma fin de vie**

Nom et prénom : **Grimard Françoise**

Adresse : 19 rue des quairelles 5650 Walcourt

Numéro registre national : 54.05.29 -050.55

Mes représentants

1. Désignation :

Je soussigné(e), désigne les personnes suivantes comme représentants, dans le cas où je ne pourrais pas exercer moi-même mes droits en qualité de patient :

Nom et prénom : Christian Goblet

Adresse : 19 rue des Quairelles 5650 Walcourt

Téléphone : 32/476647474

A défaut

Nom et prénom : Goblet Christelle

Adresse : 26 Avenue beau séjour 1440 Braine le château

Téléphone : 32/499567030

Et

Nom et prénom : Goblet Valéry

Adresse : 5 rue du laid pas 6540 Lobbes

Téléphone : 32/476854090

1. Acceptation

Les soussignés (nom et prénom) acceptent leur désignation en qualité de représentants et s’engagent à représenter Grimard Françoise au mieux de leurs capacités, dans le respect des déclarations anticipées reprises dans le document.

Le soussigné de première part

Nom : Goblet

Prénom : Christian

Etabli à : Walcourt

Date : …

Signature

LE soussigné de seconde part :

Nom : Goblet  
Prénom : Christelle

Etabli à : …

Date : …

Signature

Le soussigné de troisième part :

Nom : Goblet

Prénom : Valery

Etabli à : …

Date : …

Signature

Soins de santé demandés dans le cas où je ne pourrais plus exprimer ma volonté

Par la présente, je, soussignée, parfaitement saine d’esprit et sans pression exercée par des tiers, décris ma volonté dans le cas où je ne serais plus en mesure de l’exprimer moi-même (les mentions inutiles sont biffées) :

* Ma volonté concerne les circonstances suivantes :
* ~~Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible et où mon décès est attendu dans un délai prévisible~~.
* ~~Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible parce que je me trouve dans un état d’inconscience irréversible~~.
* Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible.
* Ma volonté concerne les interventions suivantes :
  + Je veux qu’il soit mis fin à ma vie (euthanasie) si je me trouve dans un état d’inconscience irréversible (je complète à cet effet la déclaration anticipée en matière d’euthanasie)
  + Je ne veux pas être réanimée
  + Je veux être prise en charge le plus longtemps possible à la maison et ce en tenant compte des limites matérielles et d’encadrement. A défaut, je veux être emmenée chez Valéry (Mariemont) ou dans une unité de soins palliatifs
  + Je ne veux pas être emmenée dans une unité de soins intensifs d’un hôpital
  + Je ne veux pas être branchée à un appareil respiratoire.
  + Je ne veux pas être nourrie de manière artificielle si je ne peux ou ne veux plus m’alimenter par mes propres moyens.
  + Je ne veux pas le prolongement de ma vie par le biais de thérapies curatives, c’est pourquoi je ne veux aucun(e) :
    - Antibiotiques sauf dans un but de confort
    - Radiothérapie
    - Transfusion
    - Intervention chirurgicale
    - Dyalise
    - Chimiothérapie
    - Transplantation
  + Je demande que des médicaments appropriés me soient administrés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter le moment de ma mort.
  + Je ne veux pas prendre part à des thérapies expérimentales.
* Après mon décès :
* Je veux donner mes organes à des fins de transplantation
* Obsèques :
  + Crémation avec dispersion des cendres dans un endroit arboré. (A définir ultérieurement)

.

Etabli à Date Ma signature

**Déclaration anticipée concernant mes soins de santé et ma fin de vie**

Nom et prénom : **Goblet Christian**

Adresse : 19 rue des quairelles 5650 Walcourt

Numéro registre national :

Mes représentants

1. Désignation :

Je soussigné(e), désigne les personnes suivantes comme représentants, dans le cas où je ne pourrais pas exercer moi-même mes droits en qualité de patient :

Nom et prénom : Grimard Françoise

Adresse : 19 rue des Quairelles 5650 Walcourt

Téléphone : 32/476647474

A défaut

Nom et prénom : Goblet Christelle

Adresse : 26 Avenue beau séjour 1440 Braine le château

Téléphone : 32/499567030

Et

Nom et prénom : Goblet Valéry

Adresse : 5 rue du laid pas 6540 Lobbes

Téléphone : 32/476854090

1. Acceptation

Les soussignés (nom et prénom) acceptent leur désignation en qualité de représentants et s’engagent à représenter Christian Goblet au mieux de leurs capacités, dans le respect des déclarations anticipées reprises dans le document.

Le soussigné de première part

Nom : Goblet

Prénom : Christian

Etabli à : Walcourt

Date : …

Signature

LE soussigné de seconde part :

Nom : Goblet  
Prénom : Christelle

Etabli à : …

Date : …

Signature

Le soussigné de troisième part :

Nom : Goblet

Prénom : Valery

Etabli à : …

Date : …

Signature

Soins de santé demandés dans le cas où je ne pourrais plus exprimer ma volonté

Par la présente, je, soussigné parfaitement sain d’esprit et sans pression exercée par des tiers, décris ma volonté dans le cas où je ne serais plus en mesure de l’exprimer moi-même (les mentions inutiles sont biffées) :

* Ma volonté concerne les circonstances suivantes :
* ~~Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible et où mon décès est attendu dans un délai prévisible~~.
* ~~Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible parce que je me trouve dans un état d’inconscience irréversible~~.
* Uniquement dans le cas où je ne serais plus en mesure d’exprimer ma volonté de façon irréversible.
* Ma volonté concerne les interventions suivantes :
  + Je veux qu’il soit mis fin à ma vie (euthanasie) si je me trouve dans un état d’inconscience irréversible (je complète à cet effet la déclaration anticipée en matière d’euthanasie)
  + Je ne veux pas être réanimé
  + Je veux être pris en charge le plus longtemps possible à la maison et ce en tenant compte des limites matérielles et d’encadrement. A défaut, je veux être emmené chez Valéry (Mariemont) ou dans une unité de soins palliatifs
  + Je ne veux pas être emmené dans une unité de soins intensifs d’un hôpital
  + Je ne veux pas être branché à un appareil respiratoire.
  + Je ne veux pas être nourri de manière artificielle si je ne peux ou ne veux plus m’alimenter par mes propres moyens.
  + Je ne veux pas le prolongement de ma vie par le biais de thérapies curatives, c’est pourquoi je ne veux aucun(e) :
    - Antibiotiques sauf dans un but de confort
    - Radiothérapie
    - Transfusion
    - Intervention chirurgicale
    - Dyalise
    - Chimiothérapie
    - Transplantation
  + Je demande que des médicaments appropriés me soient administrés pour soulager efficacement mes douleurs même si cela devait hâter le moment de ma mort.
  + Je ne veux pas prendre part à des thérapies expérimentales.
* Après mon décès :
* Je veux donner mes organes à des fins de transplantation
* Obsèques :
  + Crémation avec dispersion des cendres dans un endroit arboré. ( à définir ultérieurement)

.

Etabli à Date Ma signature