



DÉCLARATIONS ANTICIPÉES

Annexes et formulaires

DÉCLARATIONS ANTICIPÉES

Annexes et formulaires

Les droits du patient

Personne de confiance et représentant (mandataire) : tableau comparatif

Formulaire de désignation d'une personne de confiance

Formulaire de désignation d'un mandataire

Formulaire de récusation du mandataire

L'acharnement thérapeutique

Déclaration anticipée négative (refus de soins) : modèle préconisé par la Ministre fédérale de la Santé

Formulaire de refus d'acharnement thérapeutique

L'euthanasie

Formulaire de déclaration anticipée relative à l'euthanasie

Les soins palliatifs (soins de fin de vie)

Formulaire d'expression de la volonté en matière de soins

Le don d'organe

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

Le statut de protection conforme à la dignité humaine

Assistance-administration de la personne : modèle de rapport périodique

Assistance-administration des biens : modèle de rapport périodique

Représentation-administration de la personne : modèle pour le premier rapport

Les dernières volontés

Formulaire de déclaration de dernières volontés et/ou du choix du rite confessionnel ou non-confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat obsèques

Le don du corps à la science

Formulaire de don du corps à l'Université Catholique de Louvain

Formulaire de don du corps à l'Université Libre de Bruxelles

A decorative confetti pattern consisting of small, multi-colored dots and dashes in shades of orange, red, purple, and blue, scattered across the dark blue background and the white central band.

LES DROITS DU PATIENT

PERSONNE DE CONFIANCE ET REPRESENTANT (MANDATAIRE) DANS LE CADRE DE LA LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

	Personne de confiance	Représentant (mandataire)
Fonction globale	Assiste le patient vulnérable mais apte à exercer ses droits	Exerce les droits à la place du patient en incapacité (mineurs, incapables de droit, incapables de fait)
Désignation	Par le patient lui-même (par écrit)	*Par le patient pour le mandataire *Par la loi pour le représentant : <ul style="list-style-type: none"> – mineurs d’âge : parents ou tuteur – majeurs “incapables de droits” : Parents ou tuteur – majeurs “incapables de fait” : cascade de représentation : administrateur de personne ; époux cohabitant, partenaire cohabitant légal ou partenaire cohabitant de fait; enfant majeur ou parent ; frère – sœur ; praticien
Droits concernés	Certains droits (information-accès au dossier-médiation)	Tous les droits Le patient doit rester « associé » autant que possible à l’exercice de ses droits
Limites	<ul style="list-style-type: none"> – Récusation possible à tout moment par le patient ou le praticien (?) – Devoir de confidentialité pour la personne de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> – urgence – accès au dossier – En cas de déclaration anticipée du patient : il faut en tenir compte

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:.....
(Jusqu'à une date déterminée, pour une durée indéterminée)
Nom du praticien concerné (p 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 :

Identité du patient :

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

Identité de la personne de confiance :

- nom et prénom
- adresse
- numéro de téléphone.....

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

Fait à, le (Date)

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

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.

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION D'UN MANDATAIRE

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

Identité du patient :

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

Identité de la personne de confiance :

- nom et prénom
- adresse
- numéro de téléphone

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 3 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.

FORMULAIRE DE RECUSATION DU MANDATAIRE

Je soussigné(e),..... (Nom et prénom du patient), révoque par la présente la personne citée ci-dessous et désignée pour me représenter dans l'exercice de mes droits de patient en date du/...../.....

Identité du patient :

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

Identité du mandataire récusé :

- nom et prénom
- adresse
- numéro de téléphone

Fait à, le (Date).

Signature du patient :

Recommandations :

Il est recommandé d'informer de la récusation les personnes ayant reçu un exemplaire au moment de la désignation.



L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE

**DÉCLARATION ANTICIPÉE NÉGATIVE (REFUS DE SOINS) : MODÈLE PRÉCONISÉ
PAR LA MINISTRE FÉDÉRALE DE LA SANTÉ**

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'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) :

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

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 :

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 désigné(e) 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)

REFUS D'ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE

Par la présente, en parfait état de conscience et sans pression exercée par des tiers, je souhaite exprimer ma volonté :

1- Je demande à être informé clairement et en temps utile d'un risque d'évolution de mon état vers une démence vasculaire, dégénérative ou mixte ou vers toute autre forme de confusion qui pourrait me priver par la suite d'une négociation autonome de mes traitements ou du droit à une demande d'euthanasie directe

2- Si je ne suis plus en mesure d'exprimer ma volonté pour quelque raison que ce soit, *je ne veux pas* (cocher la ou les cases adéquates)

- être réanimé
- être emmené dans une unité de soins intensifs
- être branché à un appareil d'aide respiratoire
- subir une intervention chirurgicale de quelque nature que ce soit,
- faire l'objet de la pose d'un implant (pacemaker, défibrillateur, stent)
- être nourri de manière artificielle ou gavée (perfusion, alimentation parentérale, gastrostomie, sonde nasogastrique), si je ne veux ou ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.
- recevoir tel autre type de traitement ou de soin (à préciser) :
.....
.....
.....

3- S'il n'existe plus de chance raisonnable de restauration d'un état de santé me permettant de vivre à domicile dans une relative autonomie,

Je refuse

- d'être hospitalisé, admis en maison de repos ou de convalescence,
- d'être transféré en unité de soins palliatifs,

- d'être prolongé par le biais de thérapies curatives telles que :
- les antibiotiques, les rayons, les transfusions,
 - toute intervention chirurgicale,
 - la dialyse, la chimiothérapie,
 - la pose d'un implant quel qu'il soit ou d'une prothèse,
 - tout traitement contre la douleur qui modifierait significativement mon état de conscience (indifférence, apathie, engourdissement, confusion) ou ma personnalité (antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique, psychotrope...) et risquerait par la suite de me priver de la capacité de négociation autonome de mes traitements ou du droit à une demande d'euthanasie directe,
 - toute participation à *une* thérapie expérimentale.

Je demande que mes refus soient accompagnés d'un traitement palliatif de confort jusqu'à une sédation de fin de vie, si cela s'avérait nécessaire, ou d'une euthanasie, si les conditions légales sont rencontrées.

Je complète à cet effet la déclaration anticipée d'euthanasie.

Etabli à

Date

Signature du requérant :

Signature du mandataire :



L'EUTHANASIE

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



LES SOINS PALLIATIFS

SOINS DE FIN DE VIE

Par la présente, en parfait état de conscience et sans pression exercée par des tiers, je souhaite exprimer ma volonté :

1- Je demande à être informé clairement et en temps utile d'un risque d'évolution de mon état vers une démence vasculaire, dégénérative ou mixte ou vers toute autre forme de confusion qui pourrait me priver par la suite d'une négociation autonome de mes traitements ou du droit à une demande d'euthanasie directe

2- Si je ne suis plus en mesure d'exprimer ma volonté pour quelque raison que ce soit, *je ne veux pas* (cocher la ou les cases adéquates)

- être réanimé
- être emmené dans une unité de soins intensifs
- être branché à un appareil d'aide respiratoire
- subir une intervention chirurgicale de quelque nature que ce soit,
- faire l'objet de la pose d'un implant (pacemaker, défibrillateur, stent)
- être nourri de manière artificielle ou gavée (perfusion, alimentation parentérale, gastrostomie, sonde nasogastrique), si je ne veux ou ne peux plus m'alimenter par mes propres moyens.
- recevoir tel autre type de traitement ou de soin (à préciser) :
.....
.....
.....

3- S'il n'existe plus de chance raisonnable de restauration d'un état de santé me permettant de vivre à domicile dans une relative autonomie,

Je refuse

- d'être hospitalisé, admis en maison de repos ou de convalescence,
- d'être transféré en unité de soins palliatifs,

- d'être prolongé par le biais de thérapies curatives telles que :
- les antibiotiques, les rayons, les transfusions,
 - toute intervention chirurgicale,
 - la dialyse, la chimiothérapie,
 - la pose d'un implant quel qu'il soit ou d'une prothèse,
 - tout traitement contre la douleur qui modifierait significativement mon état de conscience (indifférence, apathie, engourdissement, confusion) ou ma personnalité (antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique, psychotrope...) et risquerait par la suite de me priver de la capacité de négociation autonome de mes traitements ou du droit à une demande d'euthanasie directe,
 - toute participation à *une* thérapie expérimentale.

Je demande que mes refus soient accompagnés d'un traitement palliatif de confort jusqu'à une sédation de fin de vie, si cela s'avérait nécessaire, ou d'une euthanasie, si les conditions légales sont rencontrées.

Je complète à cet effet la déclaration anticipée d'euthanasie.

Etabli à

Date

Signature du requérant :

Signature du mandataire :



LES DONS D'ORGANES

DON D'ORGANE APRES DECES

ROYAUME DE BELGIQUE

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

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



LA LOI SUR LE STATUT DE
PROTECTION CONFORME À LA
DIGNITÉ HUMAINE

ANNEXE 1

à l'arrêté royal du 31 août 2014 déterminant la forme et le contenu des modèles de rapports, de comptabilité simplifiée et de requête pris en exécution des articles 498/3, § 4, 499/6, alinéa 5, et 499/14, § 4, du Code civil et de l'article 1240, alinéa 8, du Code judiciaire

ASSISTANCE - ADMINISTRATION DE LA PERSONNE RAPPORT PERIODIQUE

ART. 498/3, § 1^{ER} C.C.

Administrateur de la personne

Nom, raison sociale :
Prénom :
Domicile ou résidence, siège social:
Tél. :

Personne protégée

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Domicile :
Résidence :

Personne de confiance

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom :
Prénom :
Domicile ou résidence :
Tél. :

Administrateur(s) des biens

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom, raison sociale :
Prénom :
Domicile ou résidence, siège social :
Lien (famille ou autre) avec la personne protégée :
Tél. :

Nom, raison sociale :
Prénom :
Domicile ou résidence, siège social :
Lien (famille ou autre) avec la personne protégée :
Tél. :

Justice de Paix du :
Ordonnance de désignation du (date) :
N° de rôle :

RELEVÉ DES ACTES

Relevé des actes pour lesquels l'administrateur a assisté la personne protégée :

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

Faits importants s'étant déroulés pendant la période écoulée (déménagement, problèmes médicaux importants, perte de revenus,...) :

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

Éléments qui doivent être mentionnés dans le rapport aux termes d'une décision du juge de paix:

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

REMARQUES PARTICULIERES

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

TRANSMISSION DU RAPPORT

L'administrateur de la personne déclare avoir transmis le un
exemplaire du rapport à :
-la personne protégée (**obligatoirement**, sauf dérogation expresse du juge de paix) ;
-la personne de confiance (**obligatoirement** si une personne de confiance a été
désignée) ;
-l'administrateur(s) des biens (**obligatoirement** si un administrateur des biens a été
désigné).
(Biffer la mention inutile)

SIGNATURE ET DECLARATION FINALE

L'administrateur de la personne déclare avoir établi de manière sincère et complète le rapport périodique de l'administration de la personne et avoir informé le juge de paix, la personne protégée et le cas échéant la personne de confiance et l'administrateur des biens de tous les éléments de fait ou concernant sa mission qui doivent être portés à leur connaissance.

L'administrateur de la personne

.....

..... (lieu), le.....(date)(signature)

APPROBATION DU JUGE DE PAIX

le.....(date)(signature)

REMARQUES OU OBSERVATIONS DONT L'ADMINISTRATEUR DOIT TENIR COMPTE A L'AVENIR

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

ANNEXE 2

à l'arrêté royal du 31 août 2014 déterminant la forme et le contenu des modèles de rapports, de comptabilité simplifiée et de requête pris en exécution des articles 498/3, § 4, 499/6, alinéa 5, et 499/14, § 4, du Code civil et de l'article 1240, alinéa 8, du Code judiciaire

ASSISTANCE - ADMINISTRATION DES BIENS RAPPORT PERIODIQUE

ART. 498/3, § 2 C.C.

Administrateur(s) des biens

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social :

Nature des relations (famille ou autre) avec la personne protégée :

Tél. :

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social :

Nature des relations (famille ou autre) avec la personne protégée :

Tél. :

Personne protégée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Domicile :

Résidence :

Personne de confiance

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom :

Prénom :

Domicile ou résidence :

Administrateur de la personne

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social:

Tél. :

Justice de Paix du :

Ordonnance de désignation du (date) :

N° de rôle :

RELEVÉ DES ACTES

Relevé des actes pour lesquels l'administrateur a assisté la personne protégée :

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

Faits importants s'étant déroulés pendant la période écoulée (déménagement, problèmes médicaux importants, perte de revenus,...) :

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

Éléments qui doivent être mentionnés dans le rapport aux termes d'une décision du juge de paix:

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

SIGNATURE ET DECLARATION FINALE

L'administrateur des biens déclare avoir établi de manière sincère et complète le rapport de gestion de l'administration des biens et avoir informé le juge de paix, la personne protégée et le cas échéant la personne de confiance et l'administrateur de la personne de tous les éléments de fait ou concernant l'assistance qui doivent être portés à leur connaissance.

Le(s) administrateur(s) des biens

.....
.....

..... (lieu), le.....(date)(signature)

APPROBATION DU JUGE DE PAIX

le.....(date)(signature)

REMARQUES OU OBSERVATIONS DONT L'ADMINISTRATEUR DOIT TENIR COMPTE A L'AVENIR

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

ANNEXE 3

à l'arrêté royal du 31 août 2014 déterminant la forme et le contenu des modèles de rapports, de comptabilité simplifiée et de requête pris en exécution des articles 498/3, § 4, 499/6, alinéa 5, et 499/14, § 4, du Code civil et de l'article 1240, alinéa 8, du Code judiciaire

REPRESENTATION - ADMINISTRATION DE LA PERSONNE PREMIER RAPPORT

ART. 499/6, AL. 1^{ER} C.C.

Administrateur de la personne

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social:

Tél. :

Personne protégée

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Domicile :

Résidence :

Personne de confiance

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom :

Prénom :

Domicile ou résidence :

Tél. :

Administrateur(s) des biens

(Mentionner « néant » s'il n'y en a pas)

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social :

Nature des relations (famille ou autre) avec la personne protégée :

Tél. :

Nom, raison sociale :

Prénom :

Domicile ou résidence, siège social :

Nature des relations (famille ou autre) avec la personne protégée :

Tél. :

Justice de Paix du :

Ordonnance de désignation du (date) :

N° de rôle :

TRANSMISSION DU RAPPORT

L'administrateur de la personne déclare avoir transmis le un exemplaire du rapport à :

- la personne protégée (**obligatoirement**, sauf dérogation expresse du juge de paix) ;
 - la personne de confiance (**obligatoirement** si une personne de confiance a été désignée).
- (Biffer la mention inutile)

SIGNATURE ET DECLARATION FINALE

L'administrateur de la personne déclare avoir décrit de manière sincère et complète le cadre de vie de la personne protégée et avoir informé le juge de paix, la personne protégée et le cas échéant la personne de confiance de tous les éléments qui doivent être portés à leur connaissance.

L'administrateur de la personne

.....

..... (lieu), le.....(date)(signature)

REMARQUES

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



LES DERNIÈRES VOLONTÉS EN MATIÈRE DE SÉPULTURE ET D'OBSÈQUES

Formulaire de déclaration de dernières volontés et/ou du choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques et informant de l'existence d'un contrat obsèques

(Art. L1232-17 § 2 du Code de la démocratie locale et de la décentralisation - Arrêté du Gouvernement wallon du 29 octobre 2009 portant exécution du décret du 6 mars 2009 modifiant le chapitre II du titre III du livre II de la première partie du Code de la démocratie locale et de la décentralisation)

Date de la déclaration (jj/mm/aaaa) :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Je soussigné(e) : Nom et prénoms :

.....

N° registre national :

						-						.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--

Né(e) à : le :

Demeurant à :

.....

Ayant pour représentant légal (nom et prénom) (1*)

.....

N° registre national :

						-							.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--

(1*) Cette rubrique s'applique au déclarant âgé de moins de 16 ans, placé sous statut de minorité prolongée ou interdit.

Déclare à l'Officier de l'état civil de la ville/commune de :

faire le choix suivant, quant au mode de sépulture :

- inhumation des restes mortels;
- crémation suivie de l'inhumation des cendres dans l'enceinte du cimetière;
- crémation suivie de la dispersion des cendres sur la parcelle du cimetière réservée à cet effet;
- crémation suivie du placement des cendres dans le columbarium du cimetière;
- crémation suivie de la dispersion des cendres en mer territoriale belge;
- crémation suivie de la dispersion des cendres à un endroit autre que le cimetière ou la mer territoriale belge;
(lieu de dispersion :
propriétaire :)
- crémation suivie de l'inhumation des cendres à un endroit autre que le cimetière;
(lieu d'inhumation :
propriétaire :)
- crémation suivie de la conservation des cendres à un endroit autre que le cimetière.
(personne désignée :)

faire le choix suivant, quant au choix du rite confessionnel ou non confessionnel pour mes obsèques :

- une cérémonie funéraire selon le culte catholique;
- une cérémonie funéraire selon le culte protestant;
- une cérémonie funéraire selon le culte anglican;
- une cérémonie funéraire selon le culte orthodoxe;
- une cérémonie funéraire selon le culte juif;
- une cérémonie funéraire selon le culte islamique;
- une cérémonie funéraire selon la conviction laïque;
- une cérémonie funéraire selon la conviction philosophique neutre.

Le contenu de la présente déclaration, faite de mon plein gré, constitue mes dernières volontés quant au mode de sépulture et/ou du rite confessionnel ou non confessionnel pour mes obsèques.

En outre, j'informe l'Officier de l'état civil précité de l'existence d'un contrat obsèques

souscrit le (jj/mm/aaa) :

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

n° de BCE de l'émetteur du contrat :

0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

référence du contrat (2*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2*) pour les références du contrat peuvent apparaître des chiffres de 0 à 9, des lettres (A à Z et a à z) et les caractères suivants / . -

Fait à, le

Signature

Signature du représentant (voir note (1*))

Récépissé de la déclaration relative aux dernières volontés en matière de mode de sépulture

(Art. L1232-17 § 2 du Code de la démocratie locale et de la décentralisation - Arrêté du Gouvernement wallon du 29 octobre 2009 portant exécution du décret du 6 mars 2009 modifiant le chapitre II du titre III du livre II de la première partie du Code de la démocratie locale et de la décentralisation)

En date du :,

l'Officier de l'état civil de la commune/ville de :

a reçu la déclaration relative aux dernières volontés en matière de mode de sépulture et/ou de rite confessionnel ou non confessionnel pour les obsèques de :

Nom et prénoms :

Demeurant à :

Ayant pour représentant légal (nom et prénom) (1*)

.....

N° registre national :

						-				.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

Signature de l'officier de l'état civil ou de son délégué

Sceau de la ville/commune



LE DON DU CORPS À LA SCIENCE



Identité du Donateur et volontés :

Nom : Prénoms

Epoux(se) de :

Né(e) le :

Domicilié(e) à : N° postal :

Rue : N° : Bte :

Téléphone n° : GSM :

Adresse mail :

Je déclare, par la présente, faire don de ma dépouille mortelle au laboratoire d'Anatomie humaine de l'Université catholique de Louvain (UCL).

- Je désire être inhumé(e) au cimetière de
- Je désire être incinéré(e)
- Destination des cendres :

Je **souhaite** / ou je **ne souhaite pas** que ma famille ou mes proches soient prévenus aux termes des études.

Les frais funéraires

- Contrat obsèques conclu auprès des pompes funèbres :
- Assurance-décès conclue auprès de :
- Sont à charge de ma famille ou de mes proches :

Je désigne comme famille ou proche responsable des contacts avec le laboratoire d'anatomie après mon décès :

Nom et prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° de téléphone : GSM :

Adresse mail :

Antécédents médicaux

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI / NON

Si oui, laquelle et à quelle date ?

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

Etes-vous porteur d'un pacemaker ? OUI / NON

Quels accidents, blessures ou traumatismes (fractures, prothèses,) avez-vous subis ?

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

Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection ou pathologie particulière ? OUI / NON

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

Avez-vous suivi ou suivez-vous un traitement médical ? OUI / NON

Si oui, lequel ?

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

En signant ce document, je certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des prescriptions relatives au don de corps à la Science. Je les approuve et j'atteste également en avoir informé ma famille.

Fait en double exemplaire à :

Le

Signature,

Faculté de Médecine Laboratoire d'Anatomie, Biomécanique et Organogenèse (L.A.B.O.)
Legs de corps

Dir.: Prof. M. ROOZE
Route de Lennik 808, CP 619
B-1070 Bruxelles
Tél.: +32 (0)2 555 63 76 / 20 (secrétariat)
Fax: +32 (0)2 555 63 78
E-mail: labo@ulb.ac.be

Ceci est mon testament

**EN CAS DE DECES et/ou CHANGEMENT D'ADRESSE :
PREVENIR LE SERVICE DES LEGS DE CORPS
(Tél. 02/555.63.66 - 02/555.63.76)**

NOM : Epoux(se) de
(Nom de jeune-fille) Divorcé(e) de

Prénoms : Veuf(ve) de

ADRESSE : n° Boîte..... TEL :

CODE POSTAL : LOCALITE..... PROVINCE.....

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

Avez-vous des enfants ?

FORMULE DE TESTAMENT A RECOPIER CI-DESSOUS PAR LE DONATEUR

Je déclare par la présente léguer mon corps à l'Institut d'Anatomie de l'Université Libre de Bruxelles, aux fins d'utilisation en vue de l'enseignement et des études scientifiques

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

Fait à : Le

Signature :

APRES LES ETUDES JE SOUHAITE QUE MON CORPS SOIT :

1. **Inhumé aux frais de l'Université Libre de Bruxelles** dans une tombe individuelle au Cimetière d'Anderlecht : OUI-NON
Dans ce cas : désirez-vous que la famille soit avisée de l'inhumation OUI-NON

Attention si vous répondez par OUI devons-nous prévenir la famille

- a. du jour et de l'heure de l'inhumation OUI-NON
b. après l'inhumation (dans ce cas nous indiquerons l'emplacement de la tombe avec le plan du cimetière) OUI-NON
2. **Inhumé dans un autre cimetière** -dans le caveau de famille OUI-NON
3. **Incinéré** OUI-NON

Pour votre information : pour les points 2 et 3 **LES FRAIS INCOMBERONT A LA FAMILLE.**

Pour ces mêmes points 2 et 3, **IL APPARTIENT A LA SOCIETE DE POMPES FUNEBRES CHOISIE D'INFORMER LA FAMILLE DES MODALITES DE L'INHUMATION OU DE L'INCINERATION.**

ADRESSE DE LA PERSONNE A PREVENIR DE L'INHUMATION AU CIMETIERE D'ANDERLECHT :

NOM : Prénoms :

Adresse :n° : Boîte : TEL.

Code postal : Localité.....

Degré de parenté

INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES : Année Centre hospitalier

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

Etes-vous porteur d'un stimulateur cardiaque (pace maker)? OUI - NON

Etes-vous porteur d'une prothèse ? OUI - NON

Type de prothèse :

Poids actuellement : kg

DIVERS



