

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 2020

Table des matières

I. MANDATAIRE	3
II. PERSONNE DE CONFIANCE.....	6
III. DECLARATION ANTICIPEE DE VOLONTE RELATIVE AU TRAITEMENT	8
IV. DECLARATION ANTICIPEE D'EUTHANASIE ET LEGISLATION CONCERNANT LA DEMANDE D'EUTHANASIE.....	13
V. DON D'ORGANES – DON DU CORPS.....	20

Ce carnet appartient à

Nom et prénom

N° de registre national

Date de naissance

Adresse du lieu de Résidence

Tél. ou GSM

E-mail

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.



Commission Fédérale "Droits du patient" – 19 décembre 2005

Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins

service public fédéral SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

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.



Commission Fédérale "Droits du patient" – 19 décembre 2005

Direction Générale Organisation des Etablissements de Soins

service public fédéral SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET
ENVIRONNEMENT

REVOCATION 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
.././...

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 désire que mes proches soient associés à la prise de décision me concernant.

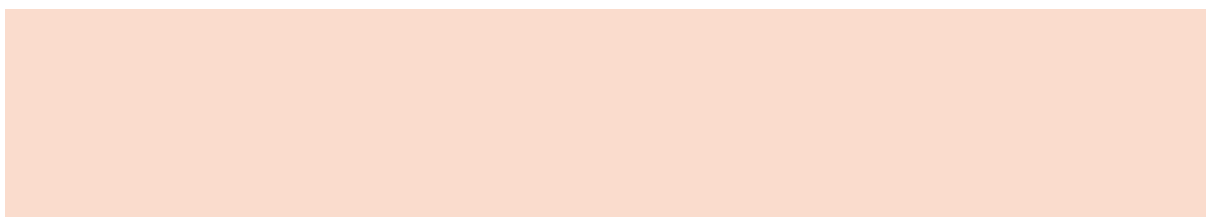
☐ OUI

Conditions

☐ NON

☐ ACTUELLEMENT SANS AVIS

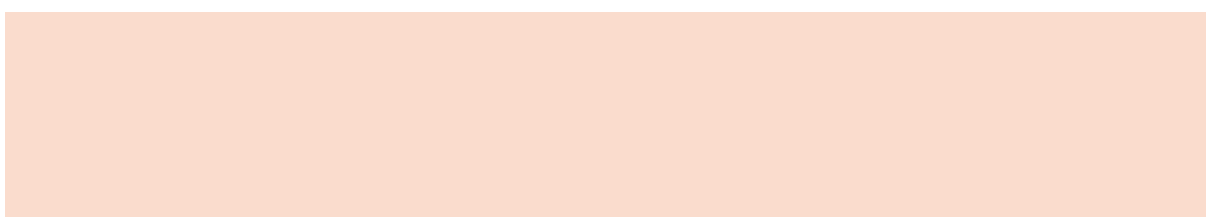
9. Autres traitements dont je ne souhaite pas bénéficier



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 indéterminée

Attention cette déclaration n'est valable **que** dans une situation de **coma irréversible**. En situation de maladie grave, si une personne désire bénéficier d'une euthanasie, elle devra suivre la procédure prévue par la législation (*Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*) Cf. Annexe 1.2

L'euthanasie est un acte posé par un médecin, à la demande explicite d'un patient, dont le but est d'entraîner le décès de ce dernier, dans le respect des prescriptions décrites par la loi de 2002.

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 (cf. Annexe 2).

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

Annexe n°1 : Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 (Extraits)

[...]

Art. 3.

§ 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- Le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est conscient au moment de sa demande;
 - La demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
 - Le patient, majeur ou mineur émancipé, se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1. **Informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie**, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;

2. **S'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée.** A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;

3. **Consulter un deuxième médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation.** Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;

4. **S'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;**

5. **Si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne.**

6. **S'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.**

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1. **Consulter un troisième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation.** Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère

volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;

2. Laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

Annexe n°2 Le médecin peut refuser de pratiquer une euthanasie

Code de déontologie médical 2019(ordre national des médecins), clause de conscience

Article 31 Les convictions personnelles du médecin ne peuvent compromettre la qualité des soins à laquelle le patient a droit. 1. Généralités La qualité et l'accès aux soins ne peuvent pâtir des opinions personnelles (par opposition au jugement professionnel qui relève de la liberté thérapeutique) du médecin. Le médecin doit adopter une attitude objective, neutre et sans préjugé. Ce n'est que de cette façon que peut naître entre le patient et lui une relation de confiance, fondamentale à des soins de qualité. Dans le respect de la loi, la clause de conscience objectée à la pratique de certains actes médicaux est acceptable. Dans ce contexte, le médecin a la responsabilité d'informer en temps utile le patient et de l'orienter vers un autre médecin. Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire les collaborateurs médicaux et les autres professionnels des soins de santé doivent également en être informés à temps. Deux situations retiennent en particulier l'attention. Le médecin qui refuse de collaborer à une interruption volontaire de grossesse est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. La loi prévoit qu'il renvoie le patient vers un autre médecin ou un centre d'interruption de grossesse et qu'il transmette le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme. Le médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie a le devoir déontologique de renvoyer le patient vers un autre médecin. Il a également l'obligation, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

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

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

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/dondecorps

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

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>