

## Testament biologique

Déclaration faite en ce jour du \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_

**Je, soussigné(e)** \_\_\_\_\_,

fais connaître de mon plein gré mon refus d'un maintien artificiel et prolongé des fonctions vitales sur ma personne dans les circonstances stipulées ci-dessous ; et je déclare par la présente que, s'il m'advient d'être dans un état d'incapacité mentale ou physique, et

- \_\_\_\_\_ (initiales) que je suis atteint(e) d'une maladie incurable ;
- ou \_\_\_\_\_ (initiales) que je suis en phase terminale d'une maladie ;
- ou \_\_\_\_\_ (initiales) que je me trouve dans un état végétatif persistant ;

et que mon médecin traitant et un autre médecin conseil ont déterminé l'absence de probabilité médicale raisonnable que je guérisse d'un tel état ; Je demande la suspension ou l'interruption de tout acharnement thérapeutique quand l'application d'une telle procédure servirait uniquement à prolonger artificiellement le processus de fin de vie, et j'exige de pouvoir mourir naturellement en bénéficiant uniquement de l'administration de médicaments ou l'exécution d'une intervention médicale jugée nécessaire pour me procurer bien-être et confort ou pour soulager la douleur.

Je souhaite \_\_\_\_\_. Je ne souhaite pas \_\_\_\_\_ la suspension ou l'interruption de mon alimentation et de mon hydratation (nourriture et eau) quand l'application de telles procédures servirait uniquement à prolonger artificiellement le processus de fin de vie.

J'entends que ma famille et mon médecin respectent la présente déclaration comme l'expression définitive de mon droit légal de refuser tout traitement médical ou chirurgical, et accepte les conséquences d'un tel refus. Au cas où mon incapacité à donner mon consentement exprès et éclairé concernant la suspension, l'interruption ou la poursuite d'un acharnement thérapeutique est déterminée, je souhaite désigner comme personne de confiance pour mettre à exécution les dispositions de la présente déclaration :

Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Je comprends toute la signification de la présente déclaration, et jouis de la pleine capacité émotionnelle et mentale pour la faire.

Consignes supplémentaires (en option) : \_\_\_\_\_

(Signature) \_\_\_\_\_

Témoïn \_\_\_\_\_ Témoïn \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

*Au moins un témoin ne doit pas être le(la) conjoint(e) ou un parent biologique de la partie principale*