|  |
| --- |
| **DOCUMENT D’ENREGISTREMENT D’UNE EUTHANASIE** |

Document d’enregistrement à envoyer par **lettre recommandée avec** **accusé de réception** **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l’euthanasie à l’adresse suivante :

* Commission fédérale de contrôle et d’évaluation de l’Euthanasie (CFCEE)

Place Victor Horta 40 boîte 10

1060 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l’euthanasie (Moniteur belge du 22 juin 2002).

**UNE CONFUSION A EVITER**

Conformément à la loi relative à l’euthanasie, une distinction est faite dans le document d’enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d’une demande actuelle d’euthanasie et sur la base d’une déclaration anticipée.

|  |
| --- |
| **Si** le/lapatient(e)est   * **conscient(e),** * **capable d’exprimer sa demande** et * dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi*(situation médicale sans issue et souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable résultant d’une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable. [art. 3])* * **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DEMANDE ACTUELLE.**   La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l’euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.  *Les points 1 à 12 du volet II du document d’enregistrement sont à compléter dans ce cas.* |

|  |
| --- |
| **Si** le/lapatient(e)   * est **incapable d’exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible** (coma ou état végétatif), * estdans unesituation médicale réunissant les conditions fixées par la loi*(inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et affection accidentelle ou pathologique grave et incurable [art. 4].)* ;et * **a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi** *(deux témoins obligatoires, désignation facultative d’une personne de confiance, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l’impossibilité de manifester sa volonté, etc.)* * **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE.**   *Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d’enregistrement sont à compléter dans ce cas.* |

VOLET I : informations personnelles  
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN   
ayant pratiqué une euthanasie

Ce volet est strictement **confidentiel**. Il ne sert pas de base à la mission d’évaluation de la Commission à l’intention des chambres législatives et ne peut être ouvert que par décision de cette même Commission.

Ce volet doit **impérativement** **être joint au volet II** du document d’enregistrement d’une euthanasie.

|  |
| --- |
| 1. **PATIENT(E)**    1. Nom :    2. Prénom(s) :    3. Domicile : |
| 1. **MÉDECIN ayant pratiqué l’euthanasie**    1. Nom :    2. Prénom(s) :    3. Numéro d’enregistrement INAMI :    4. Domicile :    5. E-mail : |
| 1. **MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l’euthanasie**    1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)       1. Nom :       2. Prénom(s) :       3. Domicile :       4. Numéro d’enregistrement INAMI :       5. Date de la consultation :    2. Si le médecin était d’avis que le **décès** n’interviendrait manifestement **pas à brève échéance**, **second médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée** (art.3, §3, 1°) :       1. Nom :       2. Prénom(s) :       3. Domicile :       4. Numéro d’enregistrement INAMI :       5. Date de la consultation : |
| 1. **AUTRES PERSONNES CONSULTÉES**  (celles envisagées entre autres à l’art.3, §2, 4°, 5°, 6° et art.4, §2, 2°, 3°, 4°)    1. **Nom :**       1. Prénom(s) :       2. Qualité :       3. Domicile :       4. Date de la consultation :    2. **Nom :**       1. Prénom(s) :       2. Qualité :       3. Domicile :       4. Date de la consultation :    3. **Nom :**       1. Prénom(s) :       2. Qualité :       3. Domicile :       4. Date de la consultation :    4. **Nom :**       1. Prénom(s) :       2. Qualité :       3. Domicile :       4. Date de la consultation :    5. **Nom :**       1. Prénom(s) :       2. Qualité :       3. Domicile :       4. Date de la consultation : |
| 1. **Euthanasie pratiquée sur la base d’une déclaration anticipée : PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées**    1. **Nom de la 1ère personne de confiance :**       1. Prénom(s) :       2. Date de la consultation :    2. **Nom de la 2e personne de confiance :**       1. Prénom(s) :       2. Date de la consultation : |
| 1. **PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante**    1. Nom :    2. Prénom(s) :    3. Numéro d’enregistrement INAMI :    4. Adresse :    5. Produits délivrés et leur quantité :    6. Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien : |

**DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

VOLET II : conditions et procédures suivies  
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN   
ayant pratiqué une euthanasie et être ANONYME (ne mentionner AUCUN NOM)

Ce volet est également **confidentiel**. Il sert de base au contrôle de la Commission afin de vérifier si l’euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

**(Cocher les cases qui conviennent et compléter)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PATIENT(E)**   **(ne pas mentionner d’identité)**   * 1. Lieu                                     et   date de naissance :      **/**     **/**   2. Sexe : | | | | | | |
|  | | Masculin | | |  | Féminin |
| 1. **DÉCÈS**    1. Date et heure du décès :      **/**     **/**      ,       h    2. Lieu du décès (**ne pas mentionner d’adresse**) | | | | | | |
|  | | Domicile | | |  | Maison de repos et de soins |
|  | | Hôpital | | |  | Autre  Précisez : |
| 1. **DIAGNOSTIC PRÉCIS (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s)**   **(ATTENTION ne pas mentionner de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)** | | | | | | |
| ! | | Si le/la patient(e)étaitconscient(e) et capable d’exprimer sa demande d’euthanasie, on dit que celle-ci est faite sur la base d’une demande actuelle d’euthanasie (même si une déclaration anticipée existe) => remplissez les points 4 à 12 du volet II. | | | | |
| Si le/la patient(e)étaitincapable d’exprimer sa demande car inconscient(e)de manière irréversibleetqu’il/elle arédigé unedéclaration anticipéesuivant le modèle prévu par la loi => remplissez les points 13 à 19 du volet II.  v | | | | |
| **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DEMANDE ACTUELLE** Patient **conscient et capable** **d’exprimer sa demande** d’euthanasie | | | | | | |
| 1. **Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE** | | | | | | |
| 1. **Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE** | | | | | | |
| 1. **Éléments qui ont permis de s’assurer que la DEMANDE était VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE et SANS PRESSION extérieure** | | | | | | |
| 1. **ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?** | | | | | | |
|  | Oui | | |  | non | |
| 1. **PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)**   **(cocher les cases qui conviennent et compléter)** | | | | | | |
|  | * 1. Demande d’euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)   **DATE DE LA DEMANDE**     **/**     **/**       Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)  **Ou** si le/la patient(e) en était physiquement incapable : | | | | | |
|  |  | | actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui n’a aucun intérêt matériel à son décès et | | | |
|  |  | | les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n’était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées. | | | |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°) | | | | | |
|  | * 1. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d’euthanasie (art. 3, §2, 1°) | | | | | |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) | | | | | |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu’offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) | | | | | |
|  | * 1. Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°) | | | | | |
|  | * 1. Demande réitérée d’euthanasie (art. 3, §2, 2°). | | | | | |
|  | * 1. Entretien avec l’équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°). | | | | | |
|  | * 1. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°) | | | | | |
|  | * 1. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu’il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°) | | | | | |
|  | * 1. L’ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°) | | | | | |
| 1. **AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement**   **(ne pas mentionner d’identité)**   * 1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)      1. Qualification du médecin :      2. Date de la consultation :      **/**     **/**      3. Avis du médecin consulté quant au caractère grave et incurable de l’affection et   au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance  **(résumer le rapport écrit du médecin)**     * 1. Éventuellement un **second médecin en cas de décès non prévu à brève échéance** (art. 3, §3, 1°), **psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**      1. Qualification du médecin :      2. Date de la consultation :      /     /      3. Avis du médecin consulté quant au caractère constant, insupportable et   inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande:  **(résumer le rapport écrit du médecin)** | | | | | | |
| 1. **AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES**   **(ne pas mentionner d’identité)**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      /     /   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      /     /   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      /     /   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/** | | | | | | |
| 1. **MANIÈRE dont l’euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE des PRODUITS utilisés** | | | | | | |
| 1. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)** | | | | | | |
| **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE**  Patient **incapable d’exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible  et** ayant **rédigé une déclaration anticipée** | | | | | | |
| **(cocher les cases qui conviennent et compléter)** | | | | | | |
| 1. **DÉCLARATION ANTICIPÉE** | | | | | | |
|  | * 1. Existence d’une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l’AR du   2 avril 2003 (deux témoins obligatoires, désignation facultative d’une personne de confiance, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l’impossibilité de manifester sa volonté, etc.)  **DATE DE LA DÉCLARATION**     **/**     **/**       Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)  **ou** si le/la patient(e) en était physiquement incapable : | | | | | |
|  |  | | établie par un tiers majeur qui n’a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) et | | | |
|  |  | | une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe. | | | |
|  | * 1. Une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées. | | | | | |
|  | * 1. L’ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°). | | | | | |
| 1. **L’INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible**   **(si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I)**  Oui | | | | | | |
| 1. **AVIS du médecin indépendant consulté obligatoirement (art. 4, §2, 1°)**   **(ne pas mentionner d’identité)**   * 1. Qualification du médecin :   2. Date de la consultation :      **/**     **/**   3. Avis du médecin consulté quant à l’irréversibilité de la situation médicale du/de la   patient(e)  **(résumer le rapport écrit du médecin)** | | | | | | |
| 1. **ENTRETIENS menés** | | | | | | |
|  | * 1. Entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s)   dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°) | | | | | |
|  | * 1. Entretien avec l’équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°) | | | | | |
|  | * 1. Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de   confiance (art.4 , §2, 4°) | | | | | |
| 1. **AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES**   **(ne pas mentionner d’identité)**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/**   * 1. Qualité :   Date de la consultation :      **/**     **/** | | | | | | |
| 1. **MANIÈRE dont l’euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE des PRODUITS utilisés** | | | | | | |
| 1. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)** | | | | | | |