

## 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/la patient(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/la patient(e)

- est **incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible** (coma ou état végétatif),
- est dans une situation 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 SCÉLLÉ 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)**

- 1.1 Nom :
- 1.2 Prénom(s) :
- 1.3 Domicile :

**2. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie**

- 2.1 Nom :
- 2.2 Prénom(s) :
- 2.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 2.4 Domicile :
- 2.5 E-mail :

**3. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie**

3.1 **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)

- 3.1.1 Nom :
- 3.1.2 Prénom(s) :
- 3.1.3 Domicile :
- 3.1.4 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 3.1.5 Date de la consultation :

3.2 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°) :

- 3.2.1 Nom :
- 3.2.2 Prénom(s) :
- 3.2.3 Domicile :
- 3.2.4 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 3.2.5 Date de la consultation :

**4. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES**

(celles envisagées entre autres à l'art.3, §2, 4°, 5°, 6° et art.4, §2, 2°, 3°, 4°)

- 4.1 **Nom :**
  - 4.1.1 Prénom(s) :
  - 4.1.2 Qualité :
  - 4.1.3 Domicile :
  - 4.1.4 Date de la consultation :

**4.2 Nom :**

- 4.2.1 Prénom(s) :
- 4.2.2 Qualité :
- 4.2.3 Domicile :
- 4.2.4 Date de la consultation :

**4.3 Nom :**

- 4.3.1 Prénom(s) :
- 4.3.2 Qualité :
- 4.3.3 Domicile :
- 4.3.4 Date de la consultation :

**4.4 Nom :**

- 4.4.1 Prénom(s) :
- 4.4.2 Qualité :
- 4.4.3 Domicile :
- 4.4.4 Date de la consultation :

**4.5 Nom :**

- 4.5.1 Prénom(s) :
- 4.5.2 Qualité :
- 4.5.3 Domicile :
- 4.5.4 Date de la consultation :

**5. Euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée : PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées**

**5.1 Nom de la 1<sup>ère</sup> personne de confiance :**

- 5.1.1 Prénom(s) :
- 5.1.2 Date de la consultation :

**5.2 Nom de la 2<sup>e</sup> personne de confiance :**

- 5.2.1 Prénom(s) :
- 5.2.2 Date de la consultation :

**6. PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante**

- 6.1 Nom :
- 6.2 Prénom(s) :
- 6.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 6.4 Adresse :
- 6.5 Produits délivrés et leur quantité :
- 6.6 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)

1.1 Lieu \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

date de naissance :        /        /

1.2 Sexe :

Masculin

Féminin

**2. DÉCÈS**

2.1 Date et heure du décès :        /        /        ,        h

2.2 Lieu du décès (**ne pas mentionner d'adresse**)

Domicile

Maison de repos et de soins

Hôpital

Autre  
Précisez :

**3. 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) était conscient(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) était incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible et qu'il/elle a rédigé une déclaration anticipée suivant 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

**4. Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE**

**5. Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE**

**6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la DEMANDE était VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE et SANS PRESSION extérieure**

**7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?**

Oui

non

## 8. PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

- 8.1. 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.

- 8.2. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)
- 8.3. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)
- 8.4. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
- 8.5. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
- 8.6. Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)
- 8.7. Demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°).
- 8.8. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).
- 8.9. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)
- 8.10. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)
- 8.11. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)

## 9. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement

(ne pas mentionner d'identité)

- 9.1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)

9.1.1. Qualification du médecin :

9.1.2. Date de la consultation :       /       /

9.1.3. 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)**

9.2. Éventuellement un **second médecin en cas de décès non prévu à brève échéance** (art. 3, §3, 1<sup>o</sup>), **psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**

9.2.1. Qualification du médecin :

9.2.2. Date de la consultation :        /        /

9.2.3. 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)**

---

**10. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES**

**(ne pas mentionner d'identité)**

10.1. Qualité :

Date de la consultation :        /        /

10.2. Qualité :

Date de la consultation :        /        /

10.3. Qualité :

Date de la consultation :        /        /

10.4. Qualité :

Date de la consultation :        /        /

10.5. Qualité :

Date de la consultation :        /        /

---

**11. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et PRODUITS utilisés (noms et quantité)**

---

**12. 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)

### 13. DÉCLARATION ANTICIPÉE

- 13.1. 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.

- 13.2. Une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées.

- 13.3. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°).

### 14. L'INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible

(si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I)

- Oui

### 15. AVIS du médecin indépendant consulté obligatoirement (art. 4, §2, 1°)

(ne pas mentionner d'identité)

15.1. Qualification du médecin :

15.2. Date de la consultation :       /       /

15.3. Avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e)

(résumer le rapport écrit du médecin)

### 16. ENTRETIENS menés

- 16.1. Entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°)

- 16.2. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°)

- 16.3. Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance (art.4 , §2, 4°)



**17. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES****(ne pas mentionner d'identité)**

- 17.1. Qualité :  
Date de la consultation : / /
- 17.2. Qualité :  
Date de la consultation : / /
- 17.3. Qualité :  
Date de la consultation : / /
- 17.4. Qualité :  
Date de la consultation : / /
- 17.5. Qualité :  
Date de la consultation : / /

**18. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et PRODUITS utilisés (noms et quantité)****19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)**