

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

Document d'enregistrement à remettre **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante :

- Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
(ci-après désignée sous le nom de Commission).
Avenue Galilée 5/2
1210 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (dans sa version en vigueur au 19 janvier 2021).

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 patient¹ est

- **conscient,**
- **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 et incurable [art. 3]*)

Alors il s'agit d'une

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE.

La demande **doit être confirmée par un écrit** (même si une déclaration anticipée d'euthanasie a été préalablement rédigée) et 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 patient

- est **incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible** (par ex. coma ou état végétatif persistant),
- 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, etc.*)

Alors il s'agit d'une

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.

¹ Dans ce document d'enregistrement, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

VOLET I : informations personnelles²
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie

(Dans une enveloppe séparée – ne pas utiliser d'agrafe ou de papier collant !)

Ce volet est strictement **confidentiel** et doit **impérativement être envoyé avec le volet II** à la Commission.

Les champs avec * doivent obligatoirement être remplis

1. PATIENT
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 * : <u>Coordonnées pour une éventuelle correspondance</u> 2.5 Adresse 2.6 Numéro de téléphone 2.7 Courriel
3. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'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 Qualification et/ou 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 Qualification et/ou numéro d'enregistrement INAMI * : 3.2.5 Date de la consultation * : / /

² Vos données personnelles sont protégées conformément au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

En savoir plus : <https://www.health.belgium.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>

4. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES

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

Ne mentionnez qu'une seule fois les personnes, quel que soit le nombre de «consultations»

4.1 Nom * :

4.1.1 Prénom(s) * :

4.1.2 Qualité * :

4.1.3 Domicile * :

4.1.4 Date(s) de la consultation * :/..... /

4.2 Nom * :

4.2.1 Prénom(s) * :

4.2.2 Qualité * :

4.2.3 Domicile * :

4.2.4 Date(s) de la consultation * :/..... /

4.3 Nom * :

4.3.1 Prénom(s) * :

4.3.2 Qualité * :

4.3.3 Domicile * :

4.3.4 Date(s) de la consultation * :/..... /

4.4 Nom * :

4.4.1 Prénom(s) * :

4.4.2 Qualité * :

4.4.3 Domicile * :

4.4.4 Date(s) de la consultation * :/..... /

4.5 Nom * :

4.5.1 Prénom(s) * :

4.5.2 Qualité * :

4.5.3 Domicile * :

4.5.4 Date(s) de la consultation * :/..... /

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

5.1 Nom de la 1^{ère} personne de confiance * :

5.1.1 Prénom(s) * :

5.1.2 Date de la consultation * :/..... /

5.2 Nom de la 2^e 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 * :

Nom du produit	Nombre d'ampoules et dosage par ampoule

6.6 Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien * :

Nom du produit	Nombre d'ampoules et dosage par ampoule

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II : conditions et procédure

Il doit être **TOTALEMENT COMPLÉTÉ** par le médecin ayant pratiqué une euthanasie et être **ANONYME** (ne mentionner AUCUN NOM OU ADRESSE)

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.

Les champs avec * doivent obligatoirement être remplis (Cocher ou barrer et/ou compléter si nécessaire).

1. PATIENT

(ne pas mentionner de nom)

1.1 Lieu de naissance * (attention pas le domicile !):

Date de naissance * : / /

1.2 Lieu de résidence

Belgique
Spécifiez la province (ou Région de Bruxelles-Capitale) :

Autre pays
Précisez :

1.1 Langue du patient

FR

NL

Autre
Précisez :

1.2 Genre *

Masculin

Féminin

X

2. DÉCÈS

2.1 Date et heure du décès * : / / h.....

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

Domicile (y compris service flat ou résidence-services)

Maison de repos / Maison de repos et de soins

Hôpital

Unité de soins palliatifs

Autre
Précisez :

3. **DIAGNOSTIC PRÉCIS et STADE de l'AFFECTION** (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie du patient) *

(ATTENTION ne pas mentionner ici de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)



Si le patient était conscient et capable d'exprimer sa demande d'euthanasie, 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 patient était incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible et s'il a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi => remplissez les points 13 à 19 du volet II.

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE

Le patient **est conscient et capable d'exprimer sa demande** d'euthanasie

4. Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE

(décrire les souffrances physiques et/ou psychiques) *

5. Raisons (objectives et subjectives) pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE

(entre autres trajet de soins) *

6. DEMANDE DU PATIENT

Sur la base de quels **ÉLÉMENTS** vous êtes-vous assuré que la demande

6.1 a été formulée de manière RÉFLÉCHIE et RÉPÉTÉE * :

6.2 a été formulée de manière VOLONTAIRE et SANS PRESSION extérieure * :

7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS *

Attendu à brève échéance
(dans les mois qui viennent)

PAS attendu à brève échéance

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

8.1. La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été **actée par écrit** ? (art. 3, §4) *

Oui Remarque éventuelle :

DATE DE LA DEMANDE ACTUELLE ECRITE *:/..... /.....

8.2. **Par qui** cette demande d'euthanasie a-t-elle été rédigée ? *

Par le patient qui l'a rédigée, datée et signée

PAS par le patient (car le patient n'était pas en état de le faire)

=> Dans ce cas, une personne majeure de son choix, qui n'a aucun intérêt matériel à son décès, l'a-t-elle rédigée, datée et signée, et ce en présence du médecin ?

Oui Remarque éventuelle :

et les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont-elles mentionnées ?

Oui Remarque éventuelle :

8.3. Avez-vous informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie (art. 3, §2, 1°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.4. Vous êtes-vous concerté avec le patient sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.5. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.6. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.7. Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.8. Vous êtes-vous, si telle était la volonté du patient, entretenu de sa demande avec les proches désignés par lui (art. 3, §2, 5°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.9. Vous êtes-vous assuré que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

8.10. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (demande, avis...) sont-ils consignés au dossier médical (art. 3, §5) ? *

Oui Remarque éventuelle :

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 : (plusieurs choix possibles) *

Généraliste Psychiatre Autre spécialité
Précisez :

Ce médecin a-t-il suivi une formation complémentaire ?

EOL-LEIF Soins palliatifs

9.1.2. Date de la consultation * :/..... /.....

9.1.3. **AVIS du médecin consulté quant**
au caractère grave et incurable de l'affection * :

au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance * :

Si le décès du patient n'était **PAS** attendu à brève échéance (art. 3, §3, 1°)

9.2. Second médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, obligatoirement consulté dans ce cas

9.2.1. Qualification du médecin : (plusieurs choix possibles) *

Psychiatre Autre spécialité
Précisez :

Ce médecin a-t-il suivi une formation complémentaire ?

EOL-LEIF Soins palliatifs

9.2.2. Date de la consultation * :/..... /.....

9.2.3. **AVIS du médecin consulté quant**
au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance * :

au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande * :

10. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES ***(ne pas mentionner de nom)**

Ne mentionnez les personnes qu'une seule fois, quel que soit le nombre de «consultations». Vous pouvez également indiquer ici les membres de l'équipe médicale ou palliative, les collègues, etc., que vous n'avez pas repris dans le volet I.

10.1. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

10.2. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

10.3. Qualité :

Date(s) de consultation :/..... /

10.4. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

10.5. Qualité :

Date(s) de consultation :/..... /

11. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée *

NOM du produit	MODE d'administration <i>(voie intraveineuse (IV) / voie orale (PO) / sous-cutanée (SC))</i>	DOSAGE total employé <i>In µg, mg ou gr (pas en ampoule)</i>

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner

Remarque: si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire par e-mail: euthanasiecom@health.fgov.be (compte tenu du caractère anonyme du volet II du document d'enregistrement)

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**

13. L'INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible *

Oui

(Si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I : si le patient était conscient et capable d'exprimer sa demande d'euthanasie, celle-ci est faite sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie, même si une déclaration anticipée existe)

14. DÉCLARATION ANTICIPÉE

14.1. Existe-t-il une déclaration anticipée d'euthanasie établie conforme à l'article 4, § 1er, de la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.) ? *

Oui Remarque éventuelle :

DATE DE LA DÉCLARATION ANTICIPÉE * :/..... /

14.2. Par qui cette déclaration anticipée d'euthanasie a-t-elle été actée ? *

Par le patient qui l'a rédigée, datée et signée

PAS par le patient (car le patient en était physiquement incapable)

=> Dans ce cas, une personne majeure de son choix qui n'a aucun intérêt matériel à son décès l'a-t-elle actée ?

Oui Remarque éventuelle :

et une attestation médicale certifiant cette incapacité est-elle jointe ?

Oui Remarque éventuelle :

14.3. Une ou plusieurs personnes de confiance sont-elles désignées ? *

Oui Remarque éventuelle :

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

(ne pas mentionner de nom)

15.1. Qualification du médecin : (plusieurs choix possibles) *

Généraliste Psychiatre Autre spécialité
Précisez :

Ce médecin a-t-il suivi une formation complémentaire ?

EOL-LEIF Soins palliatifs

15.2. Date de la consultation * :/..... /

15.3. AVIS du médecin consulté

quant à l'irréversibilité de la **situation médicale** du patient(e) * :

16. ENTRETIENS menés (art. 4)

16.1. Vous êtes-vous entretenu de la demande d'euthanasie avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

16.2. Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

16.3. Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient, désignés par la personne de confiance (art. 4, §2, 4°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

16.4. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (déclaration, avis, ...) sont-ils consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°) ? *

Oui Remarque éventuelle :

17. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES *

(ne pas mentionner de nom)

Ne mentionnez les personnes qu'une seule fois, quel que soit le nombre de «consultations». Vous pouvez également indiquer ici les membres de l'équipe médicale ou palliative, les collègues, etc., que vous n'avez pas repris dans le volet I.

17.1. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

17.2. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

17.3. Qualité :

Date(s) de consultation :/..... /

17.4. Qualité :

Date(s) de consultation:/..... /

17.5. Qualité :

Date(s) de consultation :/..... /

18. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée *

NOM du produit	MODE d'administration <i>(voie intraveineuse (IV) / voie orale (PO) / sous-cutanée (SC))</i>	DOSAGE total employé <i>In µg, mg ou gr (pas en ampoule)</i>

19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner

Remarque: si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire par e-mail: euthanasiecom@health.fgov.be (compte tenu du caractère anonyme du volet II du document d'enregistrement)