

# DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

## Patient majeur ou mineur émancipé

Document d'enregistrement à envoyer **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante (par courrier postal **OU** par e-mail mais pas les deux) :

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)  
Avenue Galilée 5/2  
1210 BRUXELLES  
[www.commissioneuthanasie.be](http://www.commissioneuthanasie.be) – [euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be)

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (version 29.03.2024).

Par ailleurs, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

Si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire en contactant :

- le Secrétariat de la Commission Euthanasie  
[euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be)  
FR : +32 2 524 92 63  
NL : +32 2 524 92 64

Les données personnelles sont protégées conformément au RGPD (Règlement général sur la protection des données)

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

Les champs avec \* doivent obligatoirement être remplis

### 1. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie

**Nom \*** : Coordonnées pour correspondance  
Prénom(s) \* : (en cas de question de la Commission)  
Numéro d'enregistrement INAMI \* : Adresse :  
Adresse du domicile \* : Numéro de téléphone :  
Courriel :

### 2. PATIENT

**Nom \*** : Date et heure du décès \* : ...../...../..... ...h....  
Prénom(s) \* :  
Genre \* : Lieu du décès \*  
 Masculin  Domicile  
 Féminin (y compris service flat ou résidence-services)  
 Autre  Maison de repos / Maison de repos et de soins  
 Hôpital  
Adresse du domicile \* :  Unité de soins palliatifs  
 Autre  
Date de naissance \* : ...../...../..... Précisez :  
Lieu de naissance, si connu \*  
(attention pas le domicile !) :

Lieu de résidence

Belgique

- Région de Bruxelles-Capitale
- Province d'Anvers
- Province du Brabant flamand.
- Province du Brabant wallon.
- Province de Flandre occidentale
- Province de Flandre orientale
- Province de Hainaut
- Province de Liège
- Province du Limbourg
- Province de Luxembourg
- Province de Namur

Autre pays

Précisez :

### 3. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée

**Nom** du PHARMACIEN qui a délivré les substances \* :

Prénom(s) \* :

Numéro d'enregistrement INAMI :

Adresse :

#### Produits EMPLOYÉS

Nom du produit * (par ordre d'administration)	Nombre d'ampoules/flacons /dosage par ampoule/flacons (mg/ml, %)	Dosage total employé * (µg, mg, gr, mg/ml, %)	Mode d'administration* Voie intraveineuse (IV), Voie orale (PO), Sous-cutanée (SC), intramusculaire (IM)	Excédent éventuel restitué au pharmacien : nombre d'ampoules/flacons

### 4. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES (si d'application )

*Mentionnez les personnes UNE seule fois, quel que soit le nombre de «consultations».*

**Ne pas mentionner ici les médecins ayant donné l'avis dans le cadre de la demande d'euthanasie**

Nom :

Prénom(s):

Adresse du domicile :

**Qualité \* :**

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

Nom :

Prénom(s):

Adresse du domicile :

**Qualité \* :**

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

Nom :

Prénom(s):

Adresse du domicile :

**Qualité \* :**

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

Nom :

Prénom(s):

Adresse du domicile :

**Qualité \* :**

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

## 5. DIAGNOSTIC

**(ATTENTION ne pas mentionner ici de symptôme et/ou de souffrance résultant de la ou les affection(s))**

**Décrivez en quelques phrases la ou les affections médicales précises et leur gravité : une ou plusieurs affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie du patient. \***

### 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 patient est

- **conscient,**
- **en capacité 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 )*

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 6 à 11](#) 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) 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 12 à 17](#) du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.*

## Euthanasie sur la base d'une DEMANDE ACTUELLE

Patient conscient et en capacité d'exprimer sa demande

### 6. SOUFFRANCE (S) PHYSIQUE(S) ET/OU PSYCHIQUE(S)

#### NATURE et DESCRIPTION de la souffrance constante et insupportable \*

*Décrivez la ou les souffrance(s) physique(s) et/ou psychique(s) constante(s) et insupportable(s), exprimées par le patient résultant de cette ou ces affection(s).*

Souffrance(s) PHYSIQUE(S) :

Et/ou souffrance(s) PSYCHIQUE(S) :

#### Caractère INAPAISABLE de la souffrance \*

*Décrivez en quelques phrases les raisons objectives et subjectives pour lesquelles la souffrance était inapaisable (entre autres trajet de soins).*

### 7. DEMANDE DU PATIENT

#### Demande RÉFLÉCHIE , RÉPÉTÉE, VOLONTAIRE et SANS PRESSION

**Comment le patient vous a convaincu que sa demande était réfléchie, répétée, volontaire et sans pression ? \***

**Qu'est-ce qui vous a convaincu que la demande était sans pression extérieure ? \***

#### RÉDACTION de la demande

La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été **actée par un écrit** ? \*

- Oui  
 Non, expliquez pourquoi :

**Date** de cette demande écrite\* : ...../...../.....

#### PAR QUI la demande a-t-elle été actée ?

La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été actée **par le patient**? \*

- Oui  
 Non

Si vous avez répondu non : la demande d'euthanasie du patient a-t-elle été rédigée **par un tiers** majeur choisi par le patient (car le patient n'était pas physiquement en état de le faire et cette personne majeure n'avait aucun intérêt matériel à son décès). Elle a actée la demande en présence du médecin et les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de mettre sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées ?\*

- Oui  
 Non, expliquez pourquoi :

<b>8. PROCÉDURE suivie par le médecin</b>	
<p>Avez-vous informé le patient de son <u>état de santé</u> et de son <u>espérance de vie</u> ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>Vous êtes-vous <u>concerté avec le patient</u> sur sa demande d'euthanasie ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>Avez-vous évoqué avec le patient les <u>possibilités thérapeutiques</u> encore envisageables et leurs conséquences ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les <u>soins palliatifs</u> (si d'application) et leurs conséquences ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p>	<p>Vous êtes-vous entretenu avec <u>l'équipe soignante</u> (si existante) ou des membres de celle-ci au sujet de la demande ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>Vous êtes-vous, si telle était la volonté du patient, entretenu de sa demande avec les <u>proches</u> désignés par lui ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>Vous êtes-vous assuré que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les <u>personnes</u> qu'il souhaitait rencontrer ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p> <p>L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (demande, avis...) sont-ils consignés au <u>dossier médical</u> ? *</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi :</p>

<b>9. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS</b>
-----------------------------

<p>Le décès du patient était* :</p> <p><input type="checkbox"/> Attendu à BREVE échéance (dans les semaines ou mois qui viennent)</p> <p><input type="checkbox"/> PAS attendu à brève échéance</p>
--

<b>10. MÉDECIN(S) INDEPENDANT(S) CONSULTÉ(S) OBLIGATOIREMENT</b> ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie
---

<p><b>Nom</b> * :</p> <p>Prénom(s) * :</p> <p>Adresse du domicile * :</p> <p>Numéro d'enregistrement INAMI<sup>1</sup>* :</p> <p>Qualification du médecin *</p> <p><input type="checkbox"/> Généraliste</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatre</p> <p><input type="checkbox"/> Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou en soins palliatifs)</p> <p><b>Précisez :</b></p> <p>Date(s) de consultation * : ...../...../.....</p> <p>Ce médecin consulté a-t-il suivi une formation complémentaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> EOL/LEIF<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Soins palliatifs</p>
--

<sup>1</sup> Si vous ne connaissez pas ce numéro, faites une recherche sur le site de l'INAMI, rubrique « Programmes web » - « Rechercher un dispensateur de soins » - <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/>

<sup>2</sup> LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.admd.be/>

## RAPPORT du médecin CONSULTÉ DANS TOUS LES CAS

### Que dit le premier médecin consulté sur le caractère grave et incurable de l'AFFECTION ? \*

Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté

### Que dit le premier médecin consulté sur le caractère constant, insupportable et inapaisable de la SOUFFRANCE ? \*

Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

si le décès du patient n'était **PAS** attendu à brève échéance,  
**SECOND MÉDECIN INDEPENDANT, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée** ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

**Nom \*** :

Prénom(s) \* :

Adresse du domicile \* :

Numéro d'enregistrement INAMI\* :

Qualification du second médecin \*

- Psychiatre
- Généraliste
- Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou en soins palliatifs)

**Précisez :**

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

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

- EOL/LEIF
- Soins palliatifs

**RAPPORT du SECOND médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**

**Que dit le second médecin consulté sur le caractère constant, insupportable et inapaisable de la SOUFFRANCE ?** \* Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

**Que dit le second médecin consulté sur le caractère volontaire, réfléchi, répété et sans pression de la DEMANDE ?** \* Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

**11. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner**

**DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

## Euthanasie sur la base d'une DECLARATION ANTICIPEE

Patient incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible

**Attention :** si le patient était conscient et en capacité 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 6 à 11.

### 12. INCONSCIENCE

**L'INCONSCIENCE du patient était irréversible \***

- Oui, remarque éventuelle :
- Non, remplissez les points 6 à 11 (demande actuelle).

### 13. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS

Le décès du patient était\* :

- Attendu à BREVE échéance (dans les semaines ou mois qui viennent)
- PAS attendu à brève échéance

### 14. DÉCLARATION ANTICIPÉE

**Existe-t-il une DÉCLARATION ANTICIPÉE d'euthanasie** établie conformément à la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.) ? \*

- Oui, remarque éventuelle :
- Date de la déclaration anticipée \*** : ...../...../.....
- Non, remplissez les points 6 à 11 (la demande actuelle reste valable même si le patient tombe dans un état d'inconscience irréversible en fin de processus).

### 15. PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées

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

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

Prénom(s) \* :

Prénom(s) \* :

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

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

### 16. PROCÉDURE

Vous êtes-vous entretenu de la demande d'euthanasie avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée ? \*

- Oui, remarque éventuelle :
- Non, expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante (si existante) ou des membres de celle-ci ?\*

- Oui, remarque éventuelle :
- Non, expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient, désignés par la personne de confiance ? \*

- Oui, remarque éventuelle :
- Non, expliquez pourquoi :

L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (déclaration, avis, ...) sont-ils consignés au dossier médical ? \*

- Oui, remarque éventuelle :
- Non, expliquez pourquoi :

### 17. MÉDECIN INDEPENDANT CONSULTÉ OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

**Nom \*** :

Prénom(s) \* :

Adresse du domicile \* :



Numéro d'enregistrement INAMI<sup>3</sup>\* :

Qualification du médecin \*

- Généraliste
- Psychiatre
- Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou soins palliatifs)

**Précisez :**

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

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

- EOL/LEIF<sup>4</sup>
- Soins palliatifs

#### **RAPPORT du médecin**

**Que dit le médecin consulté sur l'IRRÉVERSIBILITÉ de la situation médicale ? \*** Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

#### **18. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner**

#### **DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

<sup>3</sup> Si vous ne connaissez pas ce numéro, faites une recherche sur le site de l'INAMI, rubrique « Programmes web » - « Rechercher un dispensateur de soins » - <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/>

<sup>4</sup> LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.admd.be/>