

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

Patient MINEUR¹

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

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Avenue Galilée 5/2
1210 BRUXELLES
www.commissioneuthanasie.be – 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 du 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
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 MINEUR	
Nom * :	Date et heure du décès * :/...../..... ...h....
Prénom(s) * :	Lieu du décès *
Genre *	<input type="checkbox"/> Domicile
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Hôpital
<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Unité de soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Autre
Adresse du domicile * :	Précisez :
Date de naissance * :/...../.....	
Lieu de naissance, si connu (attention pas le domicile !)* :	

¹ **ATTENTION** : Si la déclaration concerne un patient mineur émancipé, utilisez le document d'enregistrement général d'une euthanasie valable pour les patients adultes et mineurs émancipés

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. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur

Premier représentant légal

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Qualité * :

Éventuellement second représentant légal

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Qualité * :

4. 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 * (μ g, 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

5. 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 :

Nom :

Prénom(s):

Prénom(s):

Adresse du domicile :

Adresse du domicile :

Qualité *:

Qualité *:

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

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

Nom :

Nom :

Prénom(s):

Prénom(s):

Adresse du domicile :

Adresse du domicile :

Qualité *:

Qualité *:

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

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

6. 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. *

7. SOUFFRANCE (S) PHYSIQUE(S)

NATURE et DESCRIPTION de la souffrance constante et insupportable *

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

Souffrance(s) PHYSIQUE(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).

8. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT

Le patient mineur était-il **capable de discernement ? ***

- Oui
 Non, expliquez pourquoi :

9. 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 :

Les **REPRÉSENTANTS LÉGAUX** ont-ils marqués leur accord sur la demande ? *

- Oui
 Non, expliquez pourquoi :

10. PROCÉDURE suivie par le médecin

Avez-vous informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie ? *

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

Vous êtes-vous concerté avec le patient sur sa demande d'euthanasie ? *

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

Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences ? *

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

Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs (si d'application) et leurs conséquences ? *

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

Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante (si existante) ou des membres de celle-ci au sujet de la demande ? *

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

Vous êtes-vous, si telle était la volonté du patient, entretenu de sa demande avec les proches désignés par lui ? *

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

Vous êtes-vous assuré que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer ? *

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

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

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

Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées. ?*

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

11. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS

Pouvait-on estimer que le patient allait décéder à brève échéance (dans les mois qui viennent) ? *

- Oui
- Non, expliquez pourquoi :

12. MÉDECIN(S) INDEPENDANT(S) CONSULTÉ(S) OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Numéro d'enregistrement INAMI²* :

² 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/>

Qualification du médecin *

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

Précisez :

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

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

- EOL/LEIF³
- Soins palliatifs

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.

Pédopsychiatre ou psychologue, également obligatoirement consulté

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Numéro d'enregistrement INAMI*:

Qualification du second médecin *

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

Précisez :

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

³ LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.admd.be/>

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

EOL/LEIF

Soins palliatifs

RAPPORT du pédopsychiatre ou psychologue consulté

Que dit le pédopsychiatre ou psychologue consulté quant à la CAPACITÉ DE DISCERNEMENT du mineur? * Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

13. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN