

Document d'enregistrement d'une euthanasie

Patient MINEUR¹

Ce document d'enregistrement ² doit être si possible complété informatiquement et envoyé **dans les quatre jours ouvrables** suivant la réalisation de l'euthanasie :
(par courrier **OU** par e-mail sécurisé)

à la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Avenue Galilée 5/2 – 1210 Bruxelles
euthanasiecom@health.fgov.be

Pour en savoir plus sur **qui doit compléter le document**, consultez le site www.commissioneuthanasie.be, rubrique formulaire.

Les rubriques marquées d'un astérisque* sont obligatoires. Les autres champs, facultatifs, sont collectés à des fins statistiques et contribuent à l'analyse globale.

1. MÉDECIN qui a PRATIQUÉ l'euthanasie (Médecin ayant vérifié le respect des conditions et procédures légales)	
Nom* : Prénom(s) * : Numéro INAMI* : Qualification : <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) : Formation(s) complémentaire(s) : <input type="checkbox"/> EOL/LEIF <input type="checkbox"/> Soins palliatifs	Adresse du domicile* : Adresse pour correspondance (si différente domicile) : Téléphone : Courriel* :
2. PATIENT MINEUR	
Nom* : Prénom(s) * : Genre* : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre Date de naissance* : ... / ... / ... Lieu de naissance (si connu) : Adresse complète du domicile* : Rue et N°/Bte : Ville et code postal : Pays :	Date et heure du décès* : ... / ... / ... h Lieu du décès* : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Maison de soins <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Unité de soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Lieu de résidence habituelle Belgique <input type="checkbox"/> Région de Bruxelles-Capitale <input type="checkbox"/> Province d'Anvers <input type="checkbox"/> Province du Brabant flamand. <input type="checkbox"/> Province du Brabant wallon. <input type="checkbox"/> Province de Flandre occidentale Autre pays Précisez :	<input type="checkbox"/> Province de Flandre orientale <input type="checkbox"/> Province de Hainaut <input type="checkbox"/> Province de Liège <input type="checkbox"/> Province du Limbourg <input type="checkbox"/> Province de Luxembourg <input type="checkbox"/> Province de Namur

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

² Les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

3. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur

Premier représentant légal

Nom* : :

Prénom(s) * :

Qualité * :

Adresse du domicile *

Rue et N°/Bte :

Ville et code postal :

Pays :

Éventuellement second représentant légal

Nom* : :

Prénom(s) * :

Qualité * :

Adresse du domicile *

Rue et N°/Bte :

Ville et code postal :

Pays :

4. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée

Nom du PHARMACIEN qui a délivré les substances * :

Prénom(s) * :

Numéro INAMI :

Adresse de la pharmacie * :

Produits commandés, utilisés et, le cas échéant, restitués*

Nom du produit (Ou substance active)	Nombre, volume et concentration (mg/ml ou %) des ampoules/flacons reçus du pharmacien	Dose administrée (en g/mg/µg)	Mode d'administration (IV), (perf IV), (PO), (SC), (IM)	Excédent éventuel restitué au pharmacien : nombre d'ampoules/flacons :
Par ordre d'administration				
1				
2				
3				
4				
5				

Légende : Injection intraveineuse directe (IV), Perfusion intraveineuse (perf IV), Voie orale (PO), Sous-cutanée (SC), Injection intramusculaire (IM)

5. DON d'organes / don du corps à la science

L'euthanasie a été suivie d'un

Don d'organes, remarque éventuelle :

Don du corps à la science, remarque éventuelle :

6. QUALITÉ DES PERSONNES RENCONTRÉES au cours de la procédure

(ex : famille, proche, psychologue, équipe palliative, personnel soignant, conseiller spirituel...)

Catégorie des personnes rencontrées (plusieurs choix possibles)

Autre médecin que celui/celle ayant donné l'avis

Précisez le nombre total :

Psychologue

Equipe palliative

Personnel soignant

Précisez :

Famille/proche.

Conseiller spirituel

Comité d'éthique

Autres

Précisez :

Coordonnées des personnes rencontrées

Ne pas mentionner ici les médecins ayant donné l'avis dans le cadre de la demande d'euthanasie
Mentionnez les personnes UNE seule fois, quel que soit le nombre de « consultations ».

Qualité *:

Nom :

Prénom(s) :

Adresse du domicile :

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

Qualité *:

Nom :

Prénom(s) :

Adresse du domicile :

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

Qualité *:

Nom :

Prénom(s) :

Adresse du domicile :

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

Qualité *:

Nom :

Prénom(s) :

Adresse du domicile :

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

7. AFFECTION(S) MÉDICALE(S) grave(s) et incurable(s)**Affection(s) principale(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie * :****(Ne pas mentionner ici les symptômes ou souffrances)***Décrivez en quelques phrases la ou les affections médicales précises et leur gravité.***Comorbidités :**

8. NATURE et description de la SOUFFRANCE

NATURE de la souffrance *

- Physique Physique ET psychique

DESCRIPTION de la souffrance constante et insupportable *

Décrivez en quelques phrases la ou les souffrances :

9. CARACTÈRE INAPAISABLE de la souffrance *

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

10. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT et ACCORD

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

- Oui
 Non

11. DEMANDE d'euthanasie

Qu'est-ce qui vous a convaincu que la demande de votre patient était réfléchie, répétée, volontaire et sans pression extérieure ? *

(Donnez quelques éléments pertinents à ce sujet)

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

- Oui
 Non, expliquez pourquoi :

12. MISE PAR ÉCRIT de la demande

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

- Oui
Précisez la **date** * : / /....
 Non, expliquez pourquoi :

Par qui la demande d'euthanasie a-t-elle été actée ? *

- Par le patient
- Par un autre tiers majeur (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 acté 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 :

13. INFORMATION ET ENTRETIENS

Le patient a-t-il été informé de son état de santé et de son espérance de vie ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Avez-vous discuté avec lui de sa demande ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Avez-vous présenté les alternatives thérapeutiques ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Avez-vous expliqué les possibilités qu'offrent les soins palliatifs (si d'application) ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante (si d'application) ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Vous êtes-vous entretenu avec les proches choisis par le patient ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Le patient a-t-il pu rencontrer toutes les personnes qu'il souhaitait ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

La possibilité d'accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées. ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Tous les documents (demande, avis...) ont-ils été versés au dossier médical ? *

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, remarque éventuelle : | <input type="checkbox"/> Non, expliquez pourquoi : |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

14. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS *

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

15. MÉDECIN(S) ou PSYCHOLOGUE indépendant(s) CONSULTÉ(S) obligatoirement

PREMIER médecin (toujours obligatoires)

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

Nom * :

Adresse du domicile * :

Prénom(s) * :

Numéro d'enregistrement INAMI³ :

Qualification *

Généraliste

Psychiatre

Spécialiste (ne pas mentionner ici EOL/LEIF ou soins palliatifs)

Précisez :

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

EOL/LEIF⁴

Soins palliatifs

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

(vous pouvez aussi l'ajouter en annexe) :

(Merci de répondre aux deux questions)

1. Que dit ce médecin sur l'AFFECTION grave et incurable* :

2. Que dit ce médecin sur la SOUFFRANCE constante, insupportable et inapaisable ? * :

³ 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/>

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

Pédopsychiatre ou psychologue, également obligatoirement consulté

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

Nom * :

Adresse du domicile * :

Prénom(s) * :

Numéro d'enregistrement INAMI :

Qualification*

Pédopsychiatre

Psychologue

Spécialiste, précisez :

(Ne pas mentionner ici EOL/LEIF ou soins palliatifs)

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

EOL/LEIF

Soins palliatifs

Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici le RAPPORT du pédopsychiatre ou psychologue consulté (vous pouvez aussi l'ajouter en annexe) :

Que dit ce pédopsychiatre ou psychologue sur la CAPACITÉ DE DISCERNEMENT du mineur ? * :

Area for reporting the capacity of discernment of the minor.

16. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner

Area for providing additional information.

DATE, SIGNATURE ET NOM COMPLET DU MEDECIN qui a pratiqué l'euthanasie (en majuscules)