



### 3. 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)

### 4. 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 :

### 5. 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 : .... / .... /....

## 6. 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 :**

**Attention, selon la situation médicale du patient, des points spécifiques du formulaire doivent être complétés.**

### **Euthanasie sur la base d'une DEMANDE ACTUELLE**

(Le patient était conscient, en capacité de s'exprimer et dans une situation médicale répondant aux conditions légales)

=> **Complétez les points 7 à 14.**

Si le patient était conscient et en capacité d'exprimer sa demande d'euthanasie, vous devez suivre la procédure de demande actuelle même si une déclaration anticipée existe.

Si un patient conscient a exprimé une demande actuelle qui a été évaluée, et si, au moment de la réalisation de l'euthanasie, il n'est plus conscient, alors l'euthanasie est effectuée sur la base de la demande actuelle, même si le patient dispose d'une déclaration anticipée d'euthanasie.

### **Euthanasie sur la base d'une DECLARATION ANTICIPEE**

(Patient incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible + déclaration anticipée conforme à la loi et dans une situation médicale répondant aux conditions légales)

=> **Complétez les points 15 à 19.**

## Euthanasie sur la base d'une DEMANDE ACTUELLE

Patient conscient et en capacité d'exprimer sa demande

### 7. NATURE et description de la SOUFFRANCE

#### NATURE de la souffrance \*

- Physique       Psychique       Physique ET psychique

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

*Décrivez en quelques phrases la ou les souffrances :*

### 8. 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).*

### 9. 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)*

### 10. 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 :

## 11. INFORMATION ET ENTRETIENS

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

**Avez-vous discuté avec lui de sa demande ? \***

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

**Avez-vous présenté les alternatives thérapeutiques ? \***

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

## 12. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS \*

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

Décès PAS attendu à brève échéance

### 13. MÉDECIN(S) indépendant(s) CONSULTÉ(S) obligatoirement

#### PREMIER médecin (toujours obligatoires)

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

Nom \* :

Adresse du domicile \* :

Prénom(s) \* :

Numéro d'enregistrement INAMI<sup>2</sup> :

#### 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/LEIF<sup>3</sup>

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 ? \* :**

<sup>2</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>3</sup> LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.admd.be/www.commissionneuthanasie.be> - [euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be) version 07.05.2026

**Si le décès du patient était NON attendu à brève échéance,  
SECOND médecin obligatoirement consulté**

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

**Nom \* :**

Adresse du domicile \* :

**Prénom(s) \* :**

Numéro d'enregistrement INAMI :

**Qualification\***

Psychiatre

Spécialiste, précisez :

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

Généraliste

*(en cas de polypathologie)*

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

EOL/LEIF

Soins palliatifs

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

(Merci de répondre aux deux questions)

**1. Que dit ce médecin sur la SOUFFRANCE constante, insupportable et inapaisable \* :**

**2. Que dit ce médecin sur l'aspect réfléchi, répétée, volontaire et sans pression de la DEMANDE\* :**

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

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

**Euthanasie sur la base d'une DECLARATION ANTICIPEE**  
Patient incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible

**Inconscience irréversible confirmée ? \***

- Oui  
 Non, remplissez les points 7 à 14 (demande actuelle)

**ET**

**Déclaration anticipée conforme à la loi (témoins, forme, etc.) \*?**

- Oui  
 Non, remplissez les points 7 à 14 (demande actuelle)

**15. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS \***

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

**16. DÉCLARATION ANTICIPÉE**

**Date de la déclaration anticipée \*:** .... / .... /....

**PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées**

**1. Nom \* :**

Prénom(s) \* :

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

**2. Nom \* :**

Prénom(s) \* :

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

**17. INFORMATION ET ENTRETIENS**

**Vous êtes-vous entretenu avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) ? \***

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

**Vous êtes-vous entretenu avec les proches désignés par la ou les personne(s) de confiance? \***

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

**Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante ? \***

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

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

Oui, remarque éventuelle :

Non, expliquez pourquoi :

## 18. MÉDECIN INDÉPENDANT CONSULTÉ OBLIGATOIREMENT

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

Nom \* :

Adresse du domicile \* :

Prénom(s) \* :

Numéro d'enregistrement INAMI<sup>4</sup> :

### Qualification \*

Généraliste     Psychiatre     Spécialiste (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou en soins palliatifs)  
Précisez :

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

EOL/LEIF<sup>5</sup>                       Soins palliatifs                       EOL/LEIF et soins palliatifs

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

(vous pouvez aussi l'ajouter en annexe) :

**Que dit-il sur l'irréversibilité de la situation médicale\* :**

## 19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner

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

<sup>4</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>5</sup> LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.admd.be/www.commissionneuthanasie.be> - [euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be) version 07.05.2026