|  |
| --- |
| **DOCUMENT D’ENREGISTREMENT D’UNE EUTHANASIE** |

Document d’enregistrement à envoyer par **lettre recommandée avec** **accusé de réception** **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l’euthanasie à l’adresse suivante :

* Commission fédérale de contrôle et d’évaluation de l’Euthanasie (CFCEE)

Place Victor Horta 40 boîte 10

1060 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l’euthanasie (Moniteur belge du 22 juin 2002).

**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/lapatient(e)est* **conscient(e),**
* **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 ou incurable. [art. 3])*
* **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DEMANDE ACTUELLE.**

La demande 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/lapatient(e)* est **incapable d’exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible** (coma ou état végétatif),
* estdans unesituation 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, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l’impossibilité de manifester sa volonté, etc.)*
* **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.* |

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

Ce volet est strictement **confidentiel**. Il ne sert pas de base à la mission d’évaluation de la Commission à l’intention des chambres législatives et ne peut être ouvert que par décision de cette même Commission.

Ce volet doit **impérativement** **être joint au volet II** du document d’enregistrement d’une euthanasie.

|  |
| --- |
| 1. **PATIENT(E)**
	1. Nom :
	2. Prénom(s) :
	3. Domicile :
 |
| 1. **MÉDECIN ayant pratiqué l’euthanasie**
	1. Nom :
	2. Prénom(s) :
	3. Numéro d’enregistrement INAMI :
	4. Domicile :
	5. E-mail :
 |
| 1. **MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l’euthanasie**
	1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Numéro d’enregistrement INAMI :
		5. Date de la consultation :
	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°) :
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Numéro d’enregistrement INAMI :
		5. Date de la consultation :
 |
| 1. **AUTRES PERSONNES CONSULTÉES** (celles envisagées entre autres à l’art.3, §2, 4°, 5°, 6° et art.4, §2, 2°, 3°, 4°)
	1. **Nom :**
		1. Prénom(s) :
		2. Qualité :
		3. Domicile :
		4. Date de la consultation :
	2. **Nom :**
		1. Prénom(s) :
		2. Qualité :
		3. Domicile :
		4. Date de la consultation :
	3. **Nom :**
		1. Prénom(s) :
		2. Qualité :
		3. Domicile :
		4. Date de la consultation :
	4. **Nom :**
		1. Prénom(s) :
		2. Qualité :
		3. Domicile :
		4. Date de la consultation :
	5. **Nom :**
		1. Prénom(s) :
		2. Qualité :
		3. Domicile :
		4. Date de la consultation :
 |
| 1. **Euthanasie pratiquée sur la base d’une déclaration anticipée : PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées**
	1. **Nom de la 1ère personne de confiance :**
		1. Prénom(s) :
		2. Date de la consultation :
	2. **Nom de la 2e personne de confiance :**
		1. Prénom(s) :
		2. Date de la consultation :
 |
| 1. **PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante**
	1. Nom :
	2. Prénom(s) :
	3. Numéro d’enregistrement INAMI :
	4. Adresse :
	5. Produits délivrés et leur quantité :
	6. Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien :
 |

**DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

VOLET II : conditions et procédures suivies
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie et être ANONYME (ne mentionner AUCUN NOM)

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.

**(Cocher les cases qui conviennent et compléter)**

|  |
| --- |
| 1. **PATIENT(E)**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. Lieu                                     et date de naissance :      **/**     **/**
	2. Sexe :
 |
|  | Masculin |  | Féminin |
| 1. **DÉCÈS**
	1. Date et heure du décès :      **/**     **/**      ,       h
	2. Lieu du décès (**ne pas mentionner d’adresse**)
 |
|  | Domicile |  | Maison de repos et de soins  |
|  | Hôpital |  | Autre Précisez :       |
| 1. **DIAGNOSTIC PRÉCIS (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s)**

**(ATTENTION ne pas mentionner de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)**      |
| ! | Si le/la patient(e)étaitconscient(e) et capable d’exprimer sa demande d’euthanasie, on dit que 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/la patient(e)étaitincapable d’exprimer sa demande car inconscient(e)de manière irréversibleetqu’il/elle arédigé unedéclaration anticipéesuivant le modèle prévu par la loi => remplissez les points 13 à 19 du volet II. v |
| **EUTHANASIE SUR LA BASE D’UNE DEMANDE ACTUELLE**Patient **conscient et capable** **d’exprimer sa demande** d’euthanasie |
| 1. **Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE**

      |
| 1. **Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE**

      |
| 1. **Éléments qui ont permis de s’assurer que la DEMANDE était VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE et SANS PRESSION extérieure**

      |
| 1. **ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?**
 |
|  | Oui |  | non |
| 1. **PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)**

**(cocher les cases qui conviennent et compléter)** |
|  | * 1. Demande d’euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)

**DATE DE LA DEMANDE**     **/**     **/**     Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)  **Ou** si le/la patient(e) en était physiquement incapable : |
|  |  | actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui n’a aucun intérêt matériel à son décès et |
|  |  | les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n’était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées. |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)
 |
|  | * 1. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d’euthanasie (art. 3, §2, 1°)
 |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
 |
|  | * 1. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu’offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
 |
|  | * 1. Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)
 |
|  | * 1. Demande réitérée d’euthanasie (art. 3, §2, 2°).
 |
|  | * 1. Entretien avec l’équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).
 |
|  | * 1. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)
 |
|  | * 1. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu’il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)
 |
|  | * 1. L’ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)
 |
| 1. **AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)
		1. Qualification du médecin :
		2. Date de la consultation :      **/**     **/**
		3. Avis du médecin consulté quant au caractère grave et incurable de l’affection et

au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance **(résumer le rapport écrit du médecin)**     * 1. Éventuellement un **second médecin en cas de décès non prévu à brève échéance** (art. 3, §3, 1°), **psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**
		1. Qualification du médecin :
		2. Date de la consultation :      /     /
		3. Avis du médecin consulté quant au caractère constant, insupportable et

inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande:**(résumer le rapport écrit du médecin)**      |
| 1. **AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      /     /     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      /     /     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      /     /     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**      |
| 1. **MANIÈRE dont l’euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE des PRODUITS utilisés**

      |
| 1. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)**

      |
| **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** |
| **(cocher les cases qui conviennent et compléter)** |
| 1. **DÉCLARATION ANTICIPÉE**
 |
|  | * 1. Existence d’une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l’AR du

2 avril 2003 (deux témoins obligatoires, désignation facultative d’une personne de confiance, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l’impossibilité de manifester sa volonté, etc.)**DATE DE LA DÉCLARATION**     **/**     **/**     Rédigée, datée et signée par le/la patient(e) **ou** si le/la patient(e) en était physiquement incapable : |
|  |  | établie par un tiers majeur qui n’a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) et |
|  |  | une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe. |
|  | * 1. Une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées.
 |
|  | * 1. L’ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°).
 |
| 1. **L’INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible**

**(si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I)**Oui |
| 1. **AVIS du médecin indépendant consulté obligatoirement (art. 4, §2, 1°)**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. Qualification du médecin :
	2. Date de la consultation :      **/**     **/**
	3. Avis du médecin consulté quant à l’irréversibilité de la situation médicale du/de la

patient(e)  **(résumer le rapport écrit du médecin)**       |
| 1. **ENTRETIENS menés**
 |
|  | * 1. Entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s)

dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°) |
|  | * 1. Entretien avec l’équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°)
 |
|  | * 1. Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de

confiance (art.4 , §2, 4°) |
| 1. **AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**     * 1. Qualité :

Date de la consultation :      **/**     **/**      |
| 1. **MANIÈRE dont l’euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE des PRODUITS utilisés**

      |
| 1. **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)**

      |