|  |
| --- |
| **DOCUMENT D’ENREGISTREMENT D’UNE EUTHANASIE POUR UN PATIENT MINEUR** |

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), modifiée par la loi du 28 février 2014 (art. modifiés 3 et 7).

**Patients mineurs émancipés**

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.

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) mineur(e)**
	1. Nom :
	2. Prénom(s) :
	3. Domicile :
 |
| 1. **REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur**
	1. **Premier(e) représentant(e) légal(e) du mineur**
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Qualité :
	2. **Éventuellement second(e) représentant(e) légal(e) du mineur**
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Qualité :
 |
| 1. **MÉDECIN ayant pratiqué l’euthanasie**
	1. Nom :
	2. Prénom(s) :
	3. Numéro d’enregistrement INAMI :
	4. Domicile :
	5. E-mail :
 |
| 1. **MÉDECINS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l’euthanasie**
	1. Un **autre médecin indépendant consulté** (art. 3, §2, 3°)
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Numéro d’enregistrement INAMI :
		5. Date de la consultation :
	2. Un **pédopsychiatre** **ou** un **psychologue** (capacité de discernement du mineur) (art. 3, §2, 7°) :
		1. Nom :
		2. Prénom(s) :
		3. Domicile :
		4. Numéro d’enregistrement INAMI du pédopsychiatre :
		5. Date de la consultation :
 |
| 1. **AUTRES PERSONNES CONSULTÉES** (celles envisagées entre autres à l’art. 3, §2, 4°, 5°, 6°)
	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. **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) mineur(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 | Autre Précisez :       |
| Hôpital |

 |
| 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)**      |
| 1. **Nature et description de la SOUFFRANCE PHYSIQUE CONSTANTE et INSUPPORTABLE**

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

      |
| 1. **CAPACITÉ DE DISCERNEMENT et DEMANDE**
	1. Le/la patient(e) mineur(e) était-il/elle **capable de discernement ?**

     * 1. Éléments qui ont permis de s’assurer que la **demande** a été formulée de manière **volontaire**, **réfléchie**, **répétée** et, ce, **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. L’accord des représentants légaux a été mis par écrit (art. 3, §2, 5°)
 |
|  | * 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 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. la possibilité d’un accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées (art. 3, §4, dernier alinéa)
 |

 |
| 1. **AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement**

**(ne pas mentionner d’identité)*** 1. **autre médecin** consulté (art. 3, §2, 3°)
		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. **pédopsychiatre** ou **psychologue** consulté (art. 3, § 2, 7°)
		1. Qualification du médecin :

|  |  |
| --- | --- |
| pédopsychiatre | psychologue |

* + 1. Date de la consultation :      /     /
		2. Avis du pédopsychiatre ou psychologue consulté quant à la capacité de

discernement du mineur:**(résumer le rapport écrit du pédopsychiatre ou du psychologue)**      |
| 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)**

      |