

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)
(ci-après désignée sous le nom de Commission).
Avenue Galilée 5/2
1210 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.

<p>1. PATIENT(E) mineur(e)</p> <hr/> <p>1.1 Nom : 1.2 Prénom(s) : 1.3 Domicile :</p>
<p>2. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur</p> <hr/> <p>2.1 Premier(e) représentant(e) légal(e) du mineur 2.1.1 Nom : 2.1.2 Prénom(s) : 2.1.3 Domicile : 2.1.4 Qualité :</p> <p>2.2 Éventuellement second(e) représentant(e) légal(e) du mineur 2.2.1 Nom : 2.2.2 Prénom(s) : 2.2.3 Domicile : 2.2.4 Qualité :</p>
<p>3. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie</p> <hr/> <p>3.1 Nom : 3.2 Prénom(s) : 3.3 Numéro d'enregistrement INAMI : 3.4 Domicile : 3.5 E-mail :</p>
<p>4. MÉDECINS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie</p> <hr/> <p>4.1 Un autre médecin indépendant consulté (art. 3, §2, 3°) 4.1.1 Nom : 4.1.2 Prénom(s) : 4.1.3 Domicile : 4.1.4 Numéro d'enregistrement INAMI : 4.1.5 Date de la consultation :</p> <p>4.2 Un pédopsychiatre ou un psychologue (capacité de discernement du mineur) (art. 3, §2, 7°) : 4.2.1 Nom : 4.2.2 Prénom(s) : 4.2.3 Domicile : 4.2.4 Numéro d'enregistrement INAMI du pédopsychiatre :</p>

4.2.5 Date de la consultation :

5. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES

(celles envisagées entre autres à l'art. 3, §2, 4°, 5°, 6°)

5.1 Nom :

- 5.1.1 Prénom(s) :
- 5.1.2 Qualité :
- 5.1.3 Domicile :
- 5.1.4 Date de la consultation :

5.2 Nom :

- 5.2.1 Prénom(s) :
- 5.2.2 Qualité :
- 5.2.3 Domicile :
- 5.2.4 Date de la consultation :

5.3 Nom :

- 5.3.1 Prénom(s) :
- 5.3.2 Qualité :
- 5.3.3 Domicile :
- 5.3.4 Date de la consultation :

5.4 Nom :

- 5.4.1 Prénom(s) :
- 5.4.2 Qualité :
- 5.4.3 Domicile :
- 5.4.4 Date de la consultation :

5.5 Nom :

- 5.5.1 Prénom(s) :
- 5.5.2 Qualité :
- 5.5.3 Domicile :
- 5.5.4 Date de la consultation :

6. PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante

- 6.1 Nom :
- 6.2 Prénom(s) :
- 6.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 6.4 Adresse :
- 6.5 Produits délivrés et leur quantité :
- 6.6 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)

1.1 Lieu de naissance _____ et date de naissance :

_____, ____ / ____ / ____

1.2 Sexe :

Masculin Féminin

2. DÉCÈS

2.1 Date et heure du décès : ____ / ____ / ____, ____ h

2.2 Lieu du décès (**ne pas mentionner d'adresse**)

Domicile Autre
Précisez :

Hôpital

3. 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)

4. Nature et description de la SOUFFRANCE **PHYSIQUE CONSTANTE et INSUPPORTABLE**

5. Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE **PHYSIQUE était INAPAISABLE**

6. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT et DEMANDE

6.1 Le/la patient(e) mineur(e) était-il/elle **capable de discernement** ?

6.2 Éléments qui ont permis de s'assurer que la **demande** a été formulée de manière **volontaire, réfléchie, répétée** et, ce, **sans pression extérieure**

7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?

Oui

Non

8. PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

8.1. 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.

8.2. L'accord des représentants légaux a été mis par écrit (art. 3, §2, 5°)

8.3. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)

8.4. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)

8.5. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.6. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.7. Persistance de la souffrance physique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)

8.8. Demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°).

8.9. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).

8.10. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)

8.11. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)

8.12. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)

8.13. la possibilité d'un accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées (art. 3, §4, dernier alinéa)

9. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement

(ne pas mentionner d'identité)

9.1. **autre médecin** consulté (art. 3, §2, 3°)

9.1.1. Qualification du médecin :

9.1.2. Date de la consultation : / /

9.1.3. 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)

9.2. **pédopsychiatre** ou **psychologue** consulté (art. 3, § 2, 7°)

9.2.1. Qualification du médecin :

pédopsychiatre

psychologue

9.2.2. Date de la consultation : / /

9.2.3. Avis du pédopsychiatre ou psychologue consulté quant à la capacité de discernement du mineur:

(résumer le rapport écrit du pédopsychiatre ou du psychologue)

10. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

10.1. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.2. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.3. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.4. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.5. Qualité :

Date de la consultation : / /

11. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE (mg/ml) des PRODUITS utilisés

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)