

# DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE D'UN PATIENT MINEUR

Document d'enregistrement à remettre **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 (dans sa version en vigueur au 19 janvier 2021).

## **ATTENTION**

### **Patients<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> Dans ce document d'enregistrement, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

**VOLET I : informations personnelles<sup>2</sup>**  
**Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN**  
**ayant pratiqué une euthanasie**

*(Dans une enveloppe séparée – ne pas utiliser d'agrafe ou de papier collant !)*

Ce volet est strictement **confidentiel** et doit **impérativement être envoyé avec le volet II** à la Commission

Les champs avec \* doivent obligatoirement être remplis

<b>1. PATIENT mineur</b>
1.1 Nom * :
1.2 Prénom(s) * :
1.3 Domicile * :
<b>2. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur</b>
<b>2.1 Premier représentant légal du mineur</b>
2.1.1 Nom * :
2.1.2 Prénom(s) * :
2.1.3 Domicile * :
2.1.4 Qualité * :
<b>2.2 Éventuellement second représentant légal du mineur</b>
2.2.1 Nom * :
2.2.2 Prénom(s) * :
2.2.3 Domicile * :
2.2.4 Qualité * :
<b>3. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie</b>
3.1 Nom * :
3.2 Prénom(s) * :
3.3 Numéro d'enregistrement INAMI * :
3.4 Domicile * :
<u>Coordonnées pour une éventuelle correspondance</u>
3.5 Adresse
3.6 Numéro de téléphone
3.7 Courriel

<sup>2</sup> Vos données personnelles sont protégées conformément au règlement européen 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

En savoir plus : <https://www.health.belgium.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>

#### 4. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

##### 4.1 Premier médecin consulté dans tous les cas (art. 3, §2, 3°)

- 4.1.1 Nom \* :
- 4.1.2 Prénom(s) \* :
- 4.1.3 Domicile \* :
- 4.1.4 Qualification et/ou numéro d'enregistrement INAMI \* :
- 4.1.5 Date de la consultation \* : / /

##### 4.2 Pédopsychiatre ou psychologue consulté qui s'est assuré de la 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 Qualification et/ou numéro d'enregistrement INAMI du pédopsychiatre \* :
- 4.2.5 Date de la consultation \* : / /

#### 5. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES

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

*Ne mentionnez qu'une seule fois les personnes, quel que soit le nombre de «consultations»*

##### 5.1 Nom \* :

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

##### 5.2 Nom \* :

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

##### 5.3 Nom \* :

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

##### 5.4 Nom \* :

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

##### 5.5 Nom \* :

- 5.5.1 Prénom(s) \* :
- 5.5.2 Qualité \* :
- 5.5.3 Domicile \* :
- 5.5.4 Date(s) 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 \* :

Nom du produit	Nombre d'ampoules et dosage par ampoule

**6.6** Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien \* :

Nom du produit	Nombre d'ampoules et dosage par ampoule

**DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN**

## VOLET II : conditions et procédure

Il doit être **TOTALEMENT COMPLÉTÉ** par le médecin ayant pratiqué une euthanasie et être **ANONYME** (ne mentionner AUCUN NOM OU ADRESSE)

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.

Les champs avec \* doivent obligatoirement être remplis (Cocher ou barrer et/ou compléter si nécessaire).

### 1. PATIENT mineur

(ne pas mentionner de nom)

1.1 Lieu de naissance \* (attention pas le domicile !):

Date de naissance \* :     /     /

1.2 Lieu de résidence

Belgique  
Spécifiez la province (ou Région de Bruxelles-Capitale) :

Autre pays  
Précisez :

1.1 Langue du patient

FR                    NL

Autre  
Précisez :

1.2 Genre \*

Masculin            Féminin

X

### 2. DÉCÈS

2.1 Date et heure du décès \* :     /     /     .....h.....

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

Domicile

Autre  
Précisez :

Hôpital

Unité de soins palliatifs

3. **DIAGNOSTIC PRÉCIS et STADE de l'AFFECTION** (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie du patient) \*

(**ATTENTION** ne pas mentionner ici 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 (objectives et subjectives) pour lesquelles la SOUFFRANCE **PHYSIQUE** était INAPAISABLE (entre autres trajet de soins) \***

**6. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT et DEMANDE DU PATIENT**

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

Oui                      Remarque éventuelle :

Sur la base de quels **ÉLÉMENTS** vous êtes-vous assuré que la demande

**6.2** a été formulée de manière **RÉFLÉCHIE** et **RÉPÉTÉE** \* :

**6.3** a été formulée de manière **VOLONTAIRE** et **SANS PRESSION** extérieure \* :

**7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS \***

Pouvait-on estimer que le patient allait décéder à brève échéance (dans les mois qui viennent) ?

Oui                      Remarque éventuelle :

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

8.1. La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été **actée par écrit** ? (art. 3, §4) \*

Oui                      Remarque éventuelle :

**DATE DE LA DEMANDE ECRITE** \* : ...../..... /.....

8.2. **Par qui** cette demande d'euthanasie a-t-elle été rédigée ? \*

**Par le patient** qui l'a rédigée, datée et signée

**PAS par le patient** (car le patient n'était pas en état de le faire)

=> Dans ce cas, une personne majeure de son choix, qui n'a aucun intérêt matériel à son décès, l'a-t-elle rédigée, datée et signée, et ce en présence du médecin ?

Oui                      Remarque éventuelle :

**et** les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont-elles mentionnées ?

Oui                      Remarque éventuelle :

8.3. Vous êtes-vous assuré que les représentants légaux marquaient leur accord sur la demande ? (art. 3, §2, 7) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.4. Avez-vous informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie (art. 3, §2, 1°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.5. Vous êtes-vous concerté avec le patient sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.6. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.7. Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.8. Vous êtes-vous entretenu avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.9. Vous êtes-vous, si telle était la volonté du patient, entretenu de sa demande avec les proches désignés par lui (art. 3, §2, 5°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.10. Vous êtes-vous assuré que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

8.11. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (demande, avis...) sont-ils consignés au dossier médical (art. 3, §5) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

**8.12.** Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées. (art. 3, §4/1) ? \*

Oui                      Remarque éventuelle :

## **8. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement**

**(ne pas mentionner d'identité)**

**8.1. Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3°) \*

8.1.1. Qualification du médecin : (plusieurs choix possibles) \*

Généraliste     Psychiatre     Autre spécialité  
Précisez :

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

EOL-LEIF     Soins palliatifs

8.1.2. Date de la consultation \* : ...../..... /.....

8.1.3. **AVIS du médecin consulté quant**  
au caractère grave et incurable de l'affection \* :

au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance \* :

**8.2. Pédopsychiatre ou psychologue**, également obligatoirement consulté (art. 3, § 2, 7°)

8.2.1. Qualification du médecin : (plusieurs choix possibles) \*

Pédopsychiatre     Psychologue

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

EOL-LEIF     Soins palliatifs

8.2.2. Date de la consultation \* : ...../..... /.....

8.2.3. **AVIS du pédopsychiatre ou psychologue consulté**  
8.1.1. quant à la capacité de discernement du mineur \* :

**9. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES \*****(ne pas mentionner de nom)**

Ne mentionnez les personnes qu'une seule fois, quel que soit le nombre de «consultations». Vous pouvez également indiquer ici les membres de l'équipe médicale ou palliative, les collègues, etc., que vous n'avez pas repris dans le volet I.

**9.1. Qualité :**

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

**9.2. Qualité :**

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

**9.3. Qualité :**

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

**9.4. Qualité :**

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

**9.5. Qualité :**

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

**10. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée \***

<b>NOM du produit</b>	<b>MODE d'administration</b> <i>(voie intraveineuse (IV) / voie orale (PO) / sous-cutanée (SC))</i>	<b>DOSAGE total employé</b> <i>In µg, mg ou gr (pas en ampoule)</i>

**11. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner**

Remarque: si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire par e-mail: [euthanasiecom@health.fgov.be](mailto:euthanasiecom@health.fgov.be) (compte tenu du caractère anonyme du volet II du document d'enregistrement)