|  |
| --- |
| **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)** |