

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE VOLWASSEN of ontvoogde minderjarige patiënt

Registratiedocument¹ **binnen de vier werkdagen** na de euthanasie te bezorgen op volgend adres
(Verzenden via een beveiligde mail **OF** via de post):

Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE)
Galileelaan 5/2
1210 BRUSSEL

Enkel via beveiligde e-mail: euthanasiecom@health.fgov.be

Gelieve het document in te vullen via PC/Word.

Bijkomende **informatie over wie het document moet invullen**, kan u terugvinden via onze site www.euthanasiecommissie.be rubriek formulier.

De rubrieken met sterretje * moeten worden ingevuld. De andere rubrieken zijn optioneel; deze worden verzameld voor statistische doeleinden en dragen bij aan de algemene analyse.

1. ARTS DIE DE EUTHANASIE HEEFT TOEGEPAST

(Arts die de naleving van de wettelijke voorwaarden en procedures heeft gecontroleerd)

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Registratienummer RIZIV *:

Hoedanigheid:

Huisarts Psychiater

Specialist, preciseer:

Bijkomende opleiding gevolgd:

LEIF/EOL Palliatieve zorg

Woonplaats (volledig adres) *:

Adres voor correspondentie (indien anders dan woonplaats):

Telefoonnummer:

E-mail *:

2. PATIËNT

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Geslacht *: Mannelijk Vrouwelijk X

Geboortedatum *: / /....

Plaats van geboorte indien gekend:

Woonplaats (volledig adres) *:

Straat en Nr./Bus:

Gemeente en postcode:

Land :

Datum en uur van overlijden *:

.... / /.... u

Plaats van overlijden *:

Thuis
(met inbegrip van of assistentiewoning of serviceflat)

Woonzorgcentrum/Rusthuis

Ziekenhuis

Palliatieve eenheid

Andere (Preciseer):

Plaats van residentie:

België

Brussel Hoofdstad

Provincie Antwerpen

Provincie Henegouwen

Provincie Limburg

Provincie Luik

Provincie Luxemburg

Provincie Namen

Provincie Oost-Vlaanderen

Provincie Vlaams-Brabant

Provincie Waals-Brabant

Provincie West-Vlaanderen

Ander land

Preciseer:

¹ De geslachtsgebonden woorden moeten als genderneutraal gelezen worden ongeacht het geslacht van de betrokkene.

3. WIJZE waarop de euthanasie werd toegepast

Naam van APOTHEKER die producten heeft afgeleverd *:

Voornamen *:

Registratienummer RIZIV:

Adres van apotheek*:

Bestelde, gebruikte en evt. terugbezorgde producten*

Naam van geneesmiddel (Of werkzame stof)	Aantal, volume en concentratie (mg/ml of %) van ampullen/flesjes ontvangen van de apotheker	Gebruikte dosis (In g/mg/µg)	Toedieningswijze (IV), (perf. IV), (PO), (SC), (IM)	Overschot dat eventueel werd terugbezorgd aan de apotheker: aantal ampullen/flacons
---	---	---------------------------------	--	---

In volgorde van het gebruik

1				
2				
3				
4				
5				

Legende: intraveneus toegediend in shot (IV), intraveneus infuus (perf. IV), oraal (PO), subcutaan (SC), intramusculair (IM)

4. ORGAANDONATIE/LICHAAMSDONATIE aan de wetenschap

Euthanasie werd gevolgd door:

- Orgaandonatie, eventuele opmerking: Lichaamsdonatie aan de wetenschap, eventuele opmerking:

5. HOEDANIGHEID VAN DE PERSONEN die tijdens de procedure werden GERAADPLEEGD (bv.: familie, naasten, psycholoog, palliatief team, zorgpersoneel, geestelijk verzorger ...)

Categorie van de geraadpleegde personen (meerdere antwoorden mogelijk)

- Andere arts dan degene die het advies heeft gegeven

Preciseer totaal aantal:

- Psycholoog

- Palliatief team

- Zorgpersoneel

Preciseer:

- Familie/naasten

- Geestelijk verzorger

- Ethisch comité

- Andere

Preciseer:

Contactgegevens van de geraadpleegde personen

Gelieve hier GEEN artsen te vermelden die advies gaven in het kader van het euthanasieverzoek.

Gelieve maar éénmaal een bepaalde persoon te vermelden, ongeacht het aantal "consultaties".

Hoedanigheid *:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

Datum van raadpleging: / /....

Hoedanigheid *:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

Datum van raadpleging: / /....

Hoedanigheid *:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

Datum van raadpleging: / /....

Hoedanigheid *:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

Datum van raadpleging: / /....

6. Ernstige en ongeneeslijke MEDISCHE AANDOENING (EN)

Belangrijkste ernstige en ongeneeslijke medische aandoening(en) die aan de basis liggen van het verzoek om euthanasie *:

(Geen lijden/symptomen vermelden)

Omschrijf in enkele zinnen de precieze medische aandoening(en) en de ernst hiervan.

Comorbiditeiten:

Houd er rekening mee dat, afhankelijk van de medische situatie van de patiënt, bepaalde onderdelen van het formulier moeten worden ingevuld.

Euthanasie uitgevoerd op basis van een ACTUEEL VERZOEK

(Patiënt is bij bewustzijn, in staat om zijn verzoek te uiten en bevindt zich in een medische toestand waarin aan alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan)

=> **Vul de punten 7 tem 14 in.**

Als de patiënt bij bewustzijn was en in staat was om zijn verzoek te uiten, moet u de actueel verzoek procedure volgen, zelfs als er op voorhand een wilsverklaring inzake euthanasie werd opgesteld.

Indien een wilsbekwaam patiënt een actueel verzoek heeft geuit dat werd geëvalueerd en indien de patiënt bij de uitvoering van de euthanasie niet meer bij bewustzijn is, dan wordt de euthanasie uitgevoerd op basis van het actueel verzoek, ook als de patiënt beschikt over een voorafgaande wilsverklaring euthanasie.

Euthanasie op basis van een WILSVERKLARING

(Patiënt is niet in staat om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn was + heeft voorafgaande wilsverklaring overeenkomstig de wet en bevindt zich in een medische toestand waarin aan alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan)

=> **Vul de punten 15 tem 19.**

Euthanasie op basis van een ACTUEEL VERZOEK

Patiënt is bij bewustzijn en in staat om zijn verzoek te uiten

7. AARD en beschrijving van het LIJDEN *

AARD van het lijden *

- Fysiek Psychisch Fysiek EN psychisch

BESCHRIJVING van het aanhoudend en ondraaglijk lijden *

Omschrijf in enkele zinnen het lijden:

8. NIET GELENIGD aspect van het lijden *

*Omschrijf in enkele zinnen de **redenen (objectieve en/of subjectieve)** waarom dit lijden niet gelenigd kon worden (onder andere het behandelingstraject)*

9. VERZOEK TOT EUTHANASIE

Wat heeft u ervan overtuigd dat het verzoek van uw patiënt overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder druk was? *

(Geef enkele relevante elementen hierover)

10. HET OPSTELLEN van het schriftelijk verzoek

Werd het verzoek tot euthanasie op schrift gesteld? *

- Ja
 Preciseer de **datum** *: / /....
- Nee, leg uit waarom:

Door wie werd het schriftelijk verzoek opgesteld? *

- Door de patiënt
- Door een andere meerderjarige persoon (omdat de patiënt niet meer fysiek in staat was dit zelf te doen en deze persoon heeft geen materieel belang bij de dood van de patiënt.) Werden de redenen waarom de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen en te tekenen in het verzoek genoteerd? Werd het verzoek op schrift gesteld door een derde in het bijzijn van de arts? *
- Ja
- Nee, leg uit waarom:

11. INFORMATIE EN BESPREKINGEN

Werd de patiënt geïnformeerd over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft u zijn verzoek met hem besproken? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft u de therapeutische alternatieven toegelicht? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft u de mogelijkheden van palliatieve zorg (indien van toepassing) uitgelegd? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft u met het verplegend team gesproken (indien van toepassing)? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft u gesproken met de naasten die de patiënt heeft aangewezen? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Heeft de patiënt alle personen kunnen ontmoeten die hij wilde? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

Werden alle documenten (verzoek, advies...) aan het medisch dossier toegevoegd? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

12. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN *

BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)

NIET binnen afzienbare termijn

13. Onafhankelijke, verplicht GERAADPLEEGDE ARTS(EN)

EERSTE geraadpleegde arts (altijd verplicht)

Datum van raadpleging *: / /....

Naam *:

Woonplaats (volledig adres) *:

Voorna(a)m(en) *:

Registratienummer RIZIV²:

Hoedanigheid *

Huisarts Psychiater Specialist (hier geen LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)
Preciseer:

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

LEIF/EOL³ Palliatieve zorg

Omschrijf in enkele zinnen of kopieer hier het VERSLAG van de geraadpleegde arts (u kan het ook als bijlage toevoegen):

(Gelieve de beide vragen te beantwoorden)

1. Wat zegt de arts over de ernstige en ongeneeslijke AANDOENING *:

2. Wat zegt de arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet gelenigd LIJDEN *:

² Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/paginas/zorgverlener-zoeken.aspx>

³ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

**Indien de patiënt NIET binnen afzienbare termijn zal overlijden is een
TWEEDE geraadpleegde arts verplicht**

Datum van raadpleging *: / /....

Naam *:

Woonplaats (volledig adres) *:

Voorna(a)m(en) *:

Registratienummer RIZIV:

Hoedanigheid *

Psychiater

Specialist, preciseer:
(Hier geen LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

Huisarts
(in geval van polyopathie)

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

LEIF/EOL

Palliatieve zorg

Omschrijf in enkele zinnen of kopieer hier het VERSLAG van de TWEEDE geraadpleegde arts (u kan ook als bijlage toevoegen):

(Gelieve de beide vragen te beantwoorden)

1. Wat zegt de arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet gelenigd LIJDEN? *

2. Wat zegt de arts over het overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder externe druk aspect van het VERZOEK *:

14. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

DATUM, HANDTEKENING en VOLLEDIGE NAAM VAN de arts die de euthanasie heeft toegepast
(in hoofdletters)

EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN WILSVERKLARING

Patiënt is niet in staat om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn was

Onomkeerbaar bewusteloze toestand bevestigd? *

- Ja
 Nee, vul de punten 7 tem 14 aan (actueel verzoek)

EN

Voorafgaande wilsverklaring overeenkomstig de wet (getuigen, model, ...) *?

- Ja
 Nee, vul de punten 7 tem 14 aan (actueel verzoek)

15. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN *

- BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)
 NIET binnen afzienbare termijn

16. WILSVERKLARING

Datum van de wilsverklaring *.... / /....

De eventueel aangeduide VERTROUWENSPERSO(O)N(EN)

1. Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Datum van raadpleging *: / /....

2. Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Datum van raadpleging *: / /....

17. INFORMATIE EN BESPREKINGEN

Heeft u gesproken met de eventueel aangewezen vertrouwenspersoon/personen? *

- Ja, eventuele opmerking: Nee, leg uit waarom:

Heeft u gesproken met de naasten die door de vertrouwenspersoon/personen zijn aangewezen? *

- Ja, eventuele opmerking: Nee, leg uit waarom:

Heeft u met het verplegend team gesproken? *

- Ja, eventuele opmerking: Nee, leg uit waarom:

Werden alle documenten (wilsverklaring, advies...) aan het medisch dossier toegevoegd? *

- Ja, eventuele opmerking: Nee, leg uit waarom:

18. Onafhankelijke, verplicht GERAADPLEEGDE ARTS

Datum van raadpleging *: / /....

Naam *:

Woonplaats (volledig adres) *:

Voorna(a)m(en) *:

Registratienummer RIZIV⁴:

Hoedanigheid *

Huisarts Psychiater Specialist (hier geen LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)
Preciseer:

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

LEIF/EOL⁵ Palliatieve zorg

Omschrijf in enkele zinnen of kopieer hier het VERSLAG van de geraadpleegde arts (u kan ook als bijlage toevoegen):

Wat zegt de geraadpleegde arts over de ONOMKEERBARE medische toestand*:

19. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

DATUM, HANDTEKENING en VOLLEDIGE NAAM VAN de arts die de euthanasie heeft toegepast (in hoofdletters)

⁴ Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/paginas/zorgverlener-zoeken.aspx>

⁵ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>