

Registratiedocument euthanasie MINDERJARIGE patiënt¹

Registratiedocument² **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 de PC/Word.

Bijkomende **informatie over wie het document moet invullen**, kan u terugvinden via onze site www.euthanasiemissie.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. MINDERJARIGE PATIËNT

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Geslacht *: Mannelijk Vrouwelijk X

Geboortedatum *: / /....

Plaats van geboorte indien bekend:

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:

3. WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER(S) van de minderjarige

¹ OPGELET: Voor de aangifte van euthanasie bij een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige patiënt moet men het algemene registratieformulier invullen en versturen.

² De geslachtsgebonden woorden moeten als genderneutraal gelezen worden ongeacht het geslacht van de betrokkene.

Eerste wettelijke vertegenwoordiger Naam *: Voorna(a)m(en) *: Hoedanigheid * Woonplaats (volledig adres) *: Straat en Nr./Bus: Gemeente en postcode: Land :	Desgevallend tweede wettelijke vertegenwoordiger Naam *: Voorna(a)m(en) *: Hoedanigheid * Woonplaats (volledig adres) *: Straat en Nr./Bus: Gemeente en postcode: Land :
---	--

4. 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)

5. ORGAANDONATIE/LICHAAMSDONATIE aan de wetenschap

Euthanasie werd gevolgd door:

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

6. 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: / /....

7. 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:

8. AARD en beschrijving van het LIJDEN

AARD van het lijden *

Fysiek Fysiek EN psychisch

BESCHRIJVING van het aanhoudend en ondraaglijk lijden *

Omschrijf in enkele zinnen het lijden:

9. 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)*

10. OORDEELSBEKWAAMHEID

Was de patiënt (e) **oordeelsbekwaam?** *

- Ja
 Nee

11. 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)

Hebben **de wettelijke vertegenwoordigers hun akkoord gegeven** betreffende het verzoek? *

- Ja
 Nee, leg uit waarom:

12. 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:

13. 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:

Werd er aan de betrokkenen de mogelijk van psychologische bijstand geboden? *

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

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

Ja, eventuele opmerking:

Nee, leg uit waarom:

14. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN *

BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)

NIET binnen afzienbare termijn

15. Onafhankelijke, verplicht GERAADPLEEGDE ARTS(EN)

EERSTE geraadpleegde arts (altijd verplicht)

Datum van raadpleging *: / /....

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Woonplaats (volledig adres) *:

Registratienummer RIZIV³:

Hoedanigheid *

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

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL⁴ 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 *:

Kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog waarvan de raadpleging eveneens verplicht is

³ 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>

⁴ LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

Datum van raadpleging *: / /....

Naam *:

Woonplaats (volledig adres) *:

Voorna(a)m(en) *:

Registratienummer RIZIV:

Hoedanigheid *

- Kinder- en jeugdpsychiater Psycholoog Specialist, preciseer:
(Hier geen LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

Heeft deze geraadpleegde arts of psycholoog 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):

Wat zegt de kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog over de OORDEELSBEKWAAMHEID van de minderjarige? *

16. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

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