

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE MINDERJARIGE PATIËNT¹

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

- Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) verder Commissie genoemd.
Galileelaan 5/2
1210 BRUSSEL
www.euthanasiecommissie.be – euthanasiecom@health.fgov.be

De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (versie 29.03.2024).

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

Indien u een opmerking of een vraag wil richten aan de Euthanasie Commissie, die geen betrekking heeft op dit registratiedocument, kan dit via :

- het Secretariaat van de Euthanasiecommissie
euthanasiecom@health.fgov.be
NL : +32 2 524 92 64
FR : +32 2 524 92 63

De persoonsgegevens zijn beschermd volgens de GDPR Meer info op:
<https://www.health.belgium.be/nl/bescherming-van-persoonsgegevens>

De rubrieken met * moeten worden ingevuld. Indien mogelijk gelieve het document in te vullen via de PC/Word.

1. ARTS die de euthanasie uitvoert

Naam *:	<u>Gegevens voor eventuele correspondentie</u>
Voorna(a)m(en) *:	(in geval de Commissie bijkomende vragen heeft)
Registratienummer RIZIV *:	Adres:
Woonplaats (volledig adres)*:	Telefoonnummer:
	E-mail:

2. MINDERJARIGE PATIËNT

Naam *:	Datum en uur van overlijden *:/...../..... ..u...
Voorna(a)m(en) *:	
Geslacht *	Plaats van overlijden *
<input type="checkbox"/> Mannelijk	<input type="checkbox"/> Thuis
<input type="checkbox"/> Vrouwelijk	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Palliatieve eenheid
Woonplaats (volledig adres)*:	<input type="checkbox"/> Andere Preciseer:
Datum van geboorte *:/...../.....	
Plaats van geboorte indien gekend * (opgelet niet de woonplaats!):	

¹ **OPGELET:** Voor de aangifte van euthanasie bij een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige patiënt wordt het algemene registratieformulier gestuurd.

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

Andere land

Specificeer:

3. WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER(S) van de minderjarige

Eerste wettelijke vertegenwoordiger

Naam*:

Voorna(a)m(en) *:

Woonplaats*:

Hoedanigheid *:

Desgevallend tweede wettelijke vertegenwoordiger

Naam*:

Voorna(a)m(en) *:

Woonplaats*:

Hoedanigheid *:

4. WIJZE waarop de euthanasie werd toegepast

Naam van APOTHEKER die producten heeft afgeleverd *:

Voornamen *:

Registratienummer RIZIV :

Adres :

De GEBRUIKTE producten *

Naam van geneesmiddel * (in volgorde van het gebruik)	Aantal ampullen/flacons en dosering per ampullen/flacons (mg/ml, %)	Totaal gebruikte dosis * (μ g, mg, gr, mg/ml, %)	Toedieningswijze* (intraveneus (IV), oraal (PO), subcutaan (SC), intramusulair (IM))	Eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd: aantal ampullen/flacons

5. ANDERE GERAADPLEEGDE personen of instantie(s) indien van toepassing

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

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

Naam:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Voorna(a)m(en):

Woonplaats:

Woonplaats:

Hoedanigheid *:

Hoedanigheid *:

Datum van raadpleging:/...../.....

Datum van raadpleging:/...../.....

Naam:

Naam:

Voorna(a)m(en):

Voorna(a)m(en):

Woonplaats:

Woonplaats:

Hoedanigheid *:

Hoedanigheid *:

Datum van raadpleging:/...../.....

Datum van raadpleging:/...../.....

6. DIAGNOSE

(OPGELET: in dit kader niet het lijden/ symptomen vermelden dat voortkomt uit de aandoening(en))

Omschrijf in enkele zinnen de precieze medische aandoening(en) en de ernst hiervan: ernstige en ongeneeslijk, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening (en) die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek van de patiënt: *

7. FYSIEK LIJDEN

Aard en beschrijving van het AANHOUDEND en ONDRAAGLIJK lijden *

Omschrijf het FYSIEK aanhoudend en ondraaglijk lijden uitgedrukt door de patiënt dat voortkomt uit deze aandoening(en)

FYSIEK lijden:

NIET GELENIGD aspect van de lijden *

Omschrijf in enkele zinnen de REDENEN (objectieve en subjectieve) waarom dit lijden NIET GELENIGD KON WORDEN (onder andere het behandelingstraject)

8. OORDEELSBEKWAAMHEID

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

- Ja
 Nee

9. VERZOEK TOT EUTHANASIE van de patiënt

Verzoek OVERWOGEN, HERHAALD, VRIJWILLIG en ZONDER EXTERNE DRUK

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

Wat heeft u ervan overtuigd dat het verzoek zonder externe druk was? *

HET OPSTELLEN van het schriftelijk verzoek

Was het verzoek tot euthanasie **op schrift gesteld**? *

- Ja
 Nee, waarom?:

Datum van het schriftelijk actueel verzoek *:/...../.....

DOOR WIE werd het schriftelijk verzoek opgesteld?

Werd het schriftelijk verzoek opgesteld en getekend **door de patiënt**? *

- Ja
 Nee

Indien nee: Werd in dit geval het verzoek op schrift gesteld **door een meerderjarige persoon** gekozen door de patiënt? (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, waarom?:

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

- Ja
 Nee

10. PROCEDURE gevolgd door de arts (art. 3)

Heeft u uw patiënt over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachtingen geïnformeerd? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft u een overleg gehad met de patiënt m.b.t. het verzoek tot euthanasie? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft u uw patiënt over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen geïnformeerd?*

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft u uw patiënt geïnformeerd over palliatieve zorg (indien van toepassing) en de consequenties?*

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft u het verzoek om euthanasie met het verplegend team (indien bestaande) of leden van dat team besproken? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft u het verzoek, indien de patiënt dat wenst, met de aangewezen naasten besproken? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Heeft de patiënt het verzoek om euthanasie kunnen bespreken met de personen die hij wenste te ontmoeten besproken? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (verzoek, advies,...) opgetekend in het medisch dossier? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

Nadat de arts het verzoek van de patiënt(e) heeft behandeld, werd er aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden? *

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

**11. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN**

Kon aangenomen worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn (binnen de komende maanden) zou overlijden?*:

Ja, eventuele opmerking :

Nee, waarom?:

12. ONAFHANKELIJK VERPLICHT GERAADPLEEGDE ARTS(EN) die een advies gaf/gaven in het kader van het verzoek om euthanasie

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Woonplaats *:

Registratienummer RIZIV² *:

Hoedanigheid*

Huisarts

Psychiater

Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

Preciseer:

Datum van raadpleging *:/...../.....

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>

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL³
- Palliatieve zorg

ADVIES van de geraadpleegde arts (in elk geval verplicht)

Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het ernstig en ongeneeslijk karakter van de AANDOENING? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN? * Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

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

Naam *:

Voorna(a)m(en) *:

Woonplaats *:

Registratienummer RIZIV⁴ *:

Hoedanigheid*

- Kinder- en jeugdpsychiater
- Psycholoog
- Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

Preciseer:

Datum van raadpleging *:/...../.....

Heeft deze tweede geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL
- Palliatieve zorg

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

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>

ADVIES van de kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog

Wat zegt de kinder- en jeugdpsychiater of psycholoog over de OORDEELSBEKWAAMHEID van de minderjarige? * *Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.*

13. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS