

## Formulaire de Déclaration Officielle d'une Euthanasie

### *Sur base d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide*

Formulaire à remettre dans les huit jours qui suivent une euthanasie à la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 relative à l'euthanasie et à l'assistance au suicide à l'adresse suivante :

*Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation  
Ministère de la Santé  
L – 2935 LUXEMBOURG*

**La demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide** est une demande faite par un patient qui se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique.

Le texte encadré ci-dessus a été pris en considération (cocher la case) : ☐

## Volet 1

Informations personnelles relatives au/à la patient(e), au médecin, aux médecins consultés et à d'autres personnes.

*Ce volet est strictement confidentiel. Il doit être scellé par le médecin et ne peut être consulté que par décision de la commission. Il ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission à l'intention de la Chambre des Députés.*

### 1. Le/la patient(e)

Nom :

Prénoms :

Domicile :

### 2. Le médecin ayant pratiqué l'euthanasie

Nom :

Prénoms :

Domicile :

Code médecin :

### 3. Le médecin consulté obligatoirement

Nom :

Prénom :

Domicile :

Code médecin

Date de la consultation

### 4. Autres personnes ou experts consultés

Nom :

Prénom :

Qualité :

Domicile :

Date de la consultation :

Nom :  
Prénom :  
Qualité :  
Domicile :  
Date de la consultation :

Nom :  
Prénom :  
Qualité :  
Domicile :  
Date de la consultation :

Nom :  
Prénom :  
Qualité :  
Domicile :  
Date de la consultation :

Nom :  
Prénom :  
Qualité :  
Domicile :  
Date de la consultation :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

## VOLET II

Conditions et procédure à suivre dans le cadre de l'euthanasie.

Ce volet est également confidentiel ; il servira 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.

Il ne doit comporter aucun nom (patient, médecin, institution, etc)

### 1. Le/la patient(e) (ne pas mentionner son identité)

Date de naissance :

Sexe :

### 2. Le décès

Date du décès (j, m, a) :

Heure du décès :

Lieu du décès (cocher la case qui convient) :

domicile ☐

centre intégré / maison de soins ☐

hôpital ☐

autre ☐

3. La nature de l'affection accidentelle ou pathologique grave, incurable et sans perspective d'amélioration dont souffrait le/la patient(e) (diagnostic précis)

4. La nature de la souffrance constante et insupportable :

5. Les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration :

6. Les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie, le cas échéant, répétée et sans pression extérieure :

7. La procédure suivie par le médecin (cocher et compléter si nécessaire)

☐ Existence d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide actée par écrit

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.

☐ 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

☐ Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie

☐ Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide

☐ Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences

- ☐ Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences
- ☐ Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e)
- ☐ Entretien avec l'équipe soignante ou les membres de celle-ci au sujet de la demande
- ☐ Entretien, le cas échéant, avec la personne de confiance désignée par le/la patient(e) au sujet de la demande
- ☐ Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer
- ☐ L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical

8. Le médecin indépendant à consulter obligatoirement (ne pas mentionner son identité) :

qualification du médecin :

date de la consultation quant au caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de la souffrance physique et psychique :

avis du médecin consulté sur ces points (selon son rapport écrit) :

9. Autres personnes ou experts consultés (ne pas mentionner leur identité)

qualité :

date de la consultation :

qualité :

date de la consultation :

qualité :

date de la consultation :

qualité :  
date de la consultation :

qualité :  
date de la consultation :

10. La manière dont l'euthanasie ou l'assistance au suicide a été pratiquée et les moyens utilisés :

11. Les informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :