

Formulaire de Déclaration Officielle d'une Euthanasie

Sur base de dispositions de fin de vie

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*

Les dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

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 :

5. Nom et prénom de la personne de confiance majeure éventuellement désignée

Prénom :
Nom :
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. Existence de dispositions de fin de vie

cocher et compléter si nécessaire

Date des dispositions de fin de vie :.....

établies par le déclarant lui-même

établies par un tiers majeur si le/la patient(e) était physiquement incapable de le faire

les raisons de cette incapacité sont données

une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe

Une personne de confiance est désignée

L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical

5. L'inconscience du/de la patient(e) était irréversible

6. Autre médecin consulté :

qualification du médecin :

date de la consultation :

avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e)

7. Entretien avec la personne de confiance majeure éventuellement désignée dans les dispositions de fin de vie

Entretien avec l'équipe soignante

Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance

8. Les 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 :

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

10. Informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :