

## DECLARACIÓN DE LA PRÁCTICA DE UNA EUTANASIA

Documento de la [Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia](#), Bélgica

Este formulario cumplimentado se debe mandar por **carta certificada con acuse de recibo en los cuatro días laborables** que siguen a la práctica de la eutanasia a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE) (las indicaciones de articulado en este documento se refieren a la ley del 28 de mayo de 2002)

### UNA CONFUSIÓN A EVITAR

De conformidad con la ley relativa a la eutanasia, se debe de diferenciar en el informe entre una eutanasia practicada como consecuencia de una **solicitud actual** o de una **declaración de voluntades anticipadas**.

Si el/la paciente es:

- **consciente**
- **capaz de expresar su solicitud y**
- en una situación médica que reúna las condiciones especificadas en la ley (*situación médica sin curación posible y sufrimiento físico y/o psíquico constante, insoportable y refractario resultando de una afección accidental o patológica grave o incurable [art.3]*)

#### → EUTANASIA FUNDAMENTADA EN UNA SOLICITUD ACTUAL

La solicitud sigue válida durante todo el tiempo necesario a la realización de la eutanasia, incluso si el paciente se vuelve inconsciente durante este período.

*En este caso se deben de cumplimentar los puntos 1 a 12 de la parte II de este formulario.*

Si el/la paciente:

- **es incapaz de expresar su demanda porque se encuentra inconsciente de manera irreversible** (coma o estado vegetativo),
- está en unas condiciones médicas que corresponden a las condiciones estipuladas por la ley (*inconsciencia irreversible según el estado actual de la ciencia y afección accidental o patológica grave e incurable [art. 4]; y*
- **ha redactado una declaración de voluntades anticipadas según el modelo previsto en la ley** (*dos testigos obligatorios, designación optativa de una persona de confianza, redacción efectuada en los 5 años anteriores al principio de la imposibilidad de expresar su voluntad, etc.*)

#### → EUTANASIA FUNDAMENTADA EN UNA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS.

*En este caso se deben cumplimentar los puntos 13 a 19 de la parte II de este formulario.*

**PARTE I :**

*La parte I del formulario es confidencial y no sirve para la evaluación. Se indican los datos del paciente, de los médicos y personas consultadas, de la(s) persona(s) de confianza en caso de declaración de voluntades anticipadas y del farmacéutico que ha suministrado la sustancia para la eutanasia.*

**PARTE II:**

**Condiciones y procedimientos**

**Tiene que estar enteramente cumplimentada por el médico que ha practicado la eutanasia y ser anónima (no mencionar ningún nombre).**

Esta parte del formulario es también confidencial. Sirve de base al control efectuado por la Comisión con el fin de averiguar que la eutanasia se ha realizado según las condiciones y los procedimientos previstos por la ley.

**1. PACIENTE: (no mencionar la identidad)**

- . lugar y fecha de nacimiento
- . sexo

**2. FALLECIMIENTO:**

- . fecha y hora del fallecimiento
- . lugar: domicilio, hospital, residencia u otro (no mencionar nombre o dirección)

**3. DIAGNÓSTICO PRECISO (afección(es) accidental(es) o patológica(s) grave(s) e incurable(s). (en este apartado, no mencionar el sufrimiento, que se explicitará en los puntos 4 y 5)**

**i !**

Si el/la paciente estaba consciente y capaz de expresar su demanda de eutanasia, se considera que la eutanasia se realiza en base a la solicitud actual (incluso si existe una declaración de voluntades anticipadas) ☐ cumplimentar los puntos 4 a 12 siguientes.

Si el/la paciente es incapaz de expresar su demanda por encontrarse inconsciente de manera irreversible y ha redactado una declaración de voluntades anticipadas según el modelo previsto por la ley ☐ cumplimentar los puntos 13 a 19 siguientes.

## EUTANASIA REALIZADA EN BASE A UNA DEMANDA ACTUAL

Paciente consciente y capaz de expresar su demanda

3

### 4. Naturaleza y descripción del SUFRIMIENTO CONSTANTE E INSOPORTABLE

### 5. Razones por las cuales el SUFRIMIENTO era REFRACTARIO

6. Elementos que han permitido asegurarse de que la solicitud formulada era voluntaria, razonada, reiterada y sin presión externa.

### 7. PRONÓSTICO DEL FALLECIMIENTO:

¿se podía pronosticar que el/la paciente iba a fallecer en un plazo breve?.....Sí / no

### 8. PROCEDIMIENTO seguido por el médico (art.3)

(poner una cruz y completar cuando proceda)

8.1 – solicitud de eutanasia expresada por escrito (art. 3, punto 4)

Fecha de la solicitud: .....

Redactada, fechada y firmada por el/la paciente

En caso de que el paciente fuese incapacitado físicamente:

Redactada en presencia del médico por una persona elegida por el paciente que no tenga interés material en su fallecimiento

Las razones por las cuales el/la paciente no estaba en condiciones de formular su solicitud por escrito ni de firmarla se detallan en la solicitud.

8.2 – Información del/de la paciente sobre su estado de salud y su esperanza de vida (art. 3, 2-1º)

8.3 – Acuerdo con el/la paciente sobre su estado de salud y su esperanza de vida (art.3, 2-1º)

8.4 – Información al paciente sobre las posibilidades terapéuticas todavía aplicables y sus consecuencias (art.3 – 2-1º)

- 8.5 – Información al paciente sobre las opciones paliativas y sus consecuencias (art.3, 2-1º)
- 8.6 – Persistencia del sufrimiento físico o síquico del/de la paciente (art.3 – 2,2º)
- 8.7 – Solicitud reiterada de eutanasia (art.3 – 2-2º)
- 8.8 – Conversación con el equipo sanitario o algún miembro del equipo sobre la solicitud del paciente. (art.3 - 2-4º)
- 8.9 – Conversación con allegado/a(s) designado/a(s) por el paciente sobre la solicitud (art. 3-2-5º)
- 8.10 – Conversación del/de la paciente con las personas que desee (art.3 – 2-6º)
- 8.11 – El conjunto de los procedimientos seguidos así como los documentos escritos se adjuntan al informe médico (art.3 - 5)

**9. Opinión del/de los médico(s) independiente(s) obligatoriamente consultado(s)  
(no mencionar identidad)**

Indicar sobre cada médico consultado:

- . Cualificación/especialidad
- . Fecha de la consulta
- . Opinión del médico consultado sobre el carácter grave e incurable de la afección y el carácter constante, insoportable y refractario del sufrimiento (resumir el informe escrito entregado por el médico).

**10. OTRAS personas o instancias consultadas**

Indicar la fecha de la consulta y la calidad de la persona consultada.

**11. Procedimiento utilizado para la eutanasia (intravenosa u oral) y productos utilizados  
(nombre y cantidad)**

**12. Informaciones complementarias que el médico desea consignar (optativo).**

## EUTANASIA REALIZADA EN BASE A UNA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Paciente incapaz de expresar su demanda porque está inconsciente de manera irreversible, que realizó anteriormente una declaración de voluntades anticipadas

### 13. DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS:

- 13.1 – Existencia de una declaración de voluntades anticipadas establecida según el modelo definido por el decreto del 2/04/2003 (2 testigos obligatorios, designación optativa de una persona de confianza, redactada en los 5 años anteriores al principio de la imposibilidad de manifestar su voluntad, etc.)

Fecha de la declaración: .....

- Redactada, fechada y firmada por el/la paciente

O si el/la paciente era físicamente incapaz:

- Realizada por una tercera persona mayor de edad que no tenga ningún interés material en el fallecimiento del/de la paciente y
- Adjuntar evaluación médica que certifique la incapacidad

- 13.2 – Designación de una o varias personas de confianza

- 13.3 – El conjunto del procedimiento seguido así como los documentos escritos están incluidos en el historial médico (art.4 - 2-4º)

### 14. LA INCONSCIENCIA del/de la paciente era irreversible (en caso contrario cumplimentar los puntos 4 a 12 de este formulario)

- Sí

### 15. Opinión del médico independiente consultado obligatoriamente (art.4 – 2,1º) (no mencionar identidad)

15.1 – Cualificación/especialidad del médico:.....

15.2 – Fecha de la consulta: .....

15.3 – Opinión del médico consultado sobre la irreversibilidad de la situación médica del/de la paciente (**resumir el informe escrito del médico**)

**16. CONVERSACIONES:**

- 16.1 - Conversación con la o las personas de confianza en caso de que hayan sido designadas en la declaración de voluntades anticipadas (art.4 – 2,3º)
- 16.2 – Conversación con el equipo sanitario o miembro(s) del mismo (art.4 – 2,2º)
- 16.3 – Conversación con los allegados del/de la paciente designados por la persona de confianza (art.4 – 2,4º)

**17. OTRAS personas o instancias consultadas:**

(no precisar la identidad)

Para cada persona consultada, indicar:

. calidad:

. fecha de la consulta:

**18. PROCEDIMIENTO utilizado para realizar la eutanasia (IV o per os) y productos utilizados (nombre y cantidad).**

**19. Informaciones complementarias que el médico desea consignar (optativo)**