



Formulaire de saisine du Comité Éthique

Date de la saisine	
Nom et prénom	
Service concerné	
Numéro de téléphone	
Adresse électronique	

Lien avec les P3A

☐ Résident	☐ Proche	☐ Salarié
☐ Médecin	☐ Bénévole	☐ Direction

Niveau d'urgence

☐ Faible

□ **Moyen**

□ Élevé

Description de la situation motivant la saisine du comité éthique

Afin de permettre la meilleure analyse de la situation

☐ J'accepte de venir ce cas exposer devant le comité éthique

☐ Je refuse de venir ce cas exposer devant le comité éthique