

FORMULAIRE DE SAISINE

DU COMITE LOCAL D’ETHIQUE

*Par patients-familles-proches-professionnels*

|  |
| --- |
| **IDENTITÉ(S) DU/DES DEMANDEUR(S)*****(Nécessaire pour l’enregistrement et le retour de la saisine, l’identité demeure confidentielle et l’anonymat est préservé lors de l’analyse)*** |
| 🞏 Mme 🞏M |  |  |
| NOM d’usage : Qualité de : |  Prénom :  |
| Adresse postale :  |  |
| **OU** Adresse mail : |  |  |
| Téléphone :  |  |  |
| **DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE RENCONTREE** |
| Motif de la saisine et description des faits ou de la situation : |  |
| Nature du questionnement (ce qui fait difficulté) :  |  |

Exemples de questionnement éthique :

* Non-respect des principes éthiques : principes d’autonomie, de bientraitance, de non malfaisance, d’information, de liberté, de dignité.
* Contradiction perçue entre deux valeurs / Conflit de valeurs.
* Contradiction entre deux principes de droits.
* Situation dans laquelle ce que l’on devrait faire n’est pas réalisable (contraintes entre droits et contraintes organisationnelles).
* Difficulté à identifier ce qu’il faut faire dans la situation (ce qui est juste).

*Le Comité d’Éthique donne un avis, sans contrainte d’urgence, sur les questions que vous vous posez.*

***Courrier à adresser à l’adresse suivante :***

**Comité Local d’Ethique**

**EPSM G. DAUMEZON**

**1 route de Chanteau - BP 62016**

**45402 FLEURY LES AUBRAIS Cedex**

***Ou par mail à*** **comite.ethique@epsm-loiret.fr**