|  |
| --- |
| **Territoire concerné : Alsace / Champagne Ardenne / Lorraine** |
| **Renseignements sur l’auteur de la saisine** |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Fonction :** |  |
| **Service (si concerné) :** |  |
| **Etablissement :** |  |
| **Adresse mail :** |  |
| **Numéro de téléphone :** |  |
| **La saisine concerne *(plusieurs options possibles)*** |
| ❒ Un patient ou résident❒ Les proches d’un patient ou résident❒ Les soignants❒ L’équipe ou l’organisation  |
| **Description succincte de la problématique éthique** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Date et heure de la saisine |  |  |  |  |  |  |