Fiche de saisine du Comité Local d'Éthique (CLE)

1. Informations sur le demandeur

Nom, Prénom : …… Fonction / Qualité : ……

Service / Structure : …… Coordonnées : ……

Lien avec la situation évoquée : ……

2. Nature de la demande

☐ Professionnel de santé de l'établissement
☐ Patient ou représentant légal
☐ Instance interne (CME, CDU…)
☐ Intervenant extérieur impliqué (précisez : kinésithérapeute, structure partenaire, etc.)

3. Description de la situation

Merci de fournir une description précise et anonyme de la situation ou de la problématique éthique rencontrée (contexte, faits, temporalité, enjeux…) :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Fiche de saisine du Comité Local d'Éthique (CLE)

4. Questions éthiques à soumettre (maximum 4)

1.

2.

3.

4.

5. Concertation préalable (facultatif)

☐ Oui Si oui, avec qui (ex.: médecin traitant, équipe soignante, etc.) : ……

☐ Non

6. Points de vue disponibles (facultatif)

Avis de l'équipe soignante :

……
……

Avis du patient ou de ses proches :

……
……

7. Urgence de la situation

☐ Oui
☐ Non

Si oui, précisez le délai souhaité pour l'analyse du CLE : ……

Motif de l'urgence : ……
……

8. Transmission du dossier

Ce formulaire complété doit être transmis au bureau du CLE soit :

- Via la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'accueil
- Via une messagerie sécurisée à l'adresse : cle@groupeclinipole.mssante.fr