|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | *Zones grisées réservées au Service de soutien à l’éthique* | | |
| 1. **TYPE DE DEMANDE** | | |  | 1. **NUMÉRO DE LA DEMANDE** |  | |
| Demande d’information | | |  |  | | |
| Consultation/Accompagnement | | |  | 1. **EMPLACEMENT** | | |
| Autre |  | |  |  | | |
|  |  |  |  | 1. **RÉCEPTION DE LA DEMANDE** : | |  |
|  |  | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR *(À compléter seulement si la personne qui fait la demande n’est pas l’usager.)*** | | | | | | |
| **Nom, Prénom** |  | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | | |
| **Téléphone** |  | | | | | |
| **Adresse électronique** |  | | | | | |
| **Lien avec l’usager** | Parent | Mandataire, tuteur ou curateur | | | Proche | |
| Autre | | | | | |
| **L’usager est-il d’accord que vous présentiez la demande?** | | | Oui | Non | | Non applicable |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’USAGER *(À compléter seulement si la personne qui fait la demande est l’usager.)*** | |
| **Nom, Prénom** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Adresse électronique** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **POINT DE SERVICE CONCERNÉ** | |
| **Nom** |  |
| **Ville** |  |
| **Nom (s)du ou des médecins ou intervenants concernés (s’il y a lieu)** |  |

|  |
| --- |
| 1. **RÉSUMÉ DE LA SITUATION**   ***Décrivez les principaux éléments de la situation et expliquez la problématique vécue.*** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **ATTENTES** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de fermeture :** |  |

*Zone réservée au Service de soutien à l’éthique*

**Merci de retourner par courriel à :** [**comiteethique.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:comiteethique.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

**Pour information : 819 780-2220, poste 42222**