|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *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**

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