Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles
Québec

FORMULAIRE POUR DEMANDE D'OPINION AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CISSS DES ÎLES

Nom du requérant : _____

Coordonnées du requérant : _____

Délai dans lequel est requise l'opinion : _____

Date de la demande : _____

Délai de réponse attendu du requérant : _____

Lois, règlements, politiques, codes, codes professionnels consultés ou connus par le requérant, qui sont pertinents :

_____ _____

_____ _____

Question du requérant (prenez note qu'elle peut être modifiée par le comité)

_____

_____

a. Pour une opinion qui implique un usager ou pour une opinion de type plus général (opinion sur une politique de l'établissement)

   Faits pertinents à la question, mise en contexte :

   _____

   _____

   _____

b. Pour une opinion qui implique un usager :

   Diagnostic : _____

   Pronostic : _____

   Capacité à consentir de l'usager : _____

   _____

   Autres personnes impliquées (membres de l'équipe soignante, membre de la famille, amis, proches…) :

   _____

   _____

   Autres informations que le requérant juge pertinentes :

   _____

   _____

Vous pouvez remettre le formulaire à la réception de l'hôpital au nom de Mme Judith Arseneault, adjointe à la DSI-SP/SAPA

Mise à jour 2021-11-12