CENTRE
HOSPITALIER
Sainte Catherine
SAVERNE

Formulaire de saisine du Comité Hospitalier d'Ethique

Date
……

Identification du déclarant :

Nom :
……

Prénom :
……

Service :
……

Téléphone :
……

<u>Description de la situation</u> :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Ce formulaire est à renvoyer, sous enveloppe cachetée, avec la mention **« CONFIDENTIEL** » et à l'attention du **Comité Hospitalier d'Ethique**

Signature