

**FORMULAIRE DE SAISINE - COMITÉ D'ÉTHIQUE ZITHA**

<b>Date de la demande</b>	
<b>Nom, Prénom</b>	
<b>Entité concernée</b>	
<b>Service (si applicable)</b>	
<b>Relation avec Zitha</b>	<input type="checkbox"/> Résident / patient <input type="checkbox"/> Famille / entourage <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Direction <input type="checkbox"/> Médecin agréé <input type="checkbox"/> Bénévole
<b>Numéro de téléphone</b>	
<b>Courrier électronique</b>	

<b>Niveau de priorité</b>	<input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Faible
---------------------------	---

<b>Description de la situation</b>

Veuillez formuler votre question au verso →

**Question pour laquelle un avis est demandé**

**Consentement : Seriez-vous prêt(e) de vous prononcer devant le comité d'éthique en cas d'une invitation par ce dernier :**

OUI       NON

Votre signature

Informations importantes :

Le requérant peut, en cas de besoin, demander de l'aide du référent éthique de l'entité pour formuler la question éthique. Les coordonnées du référent éthique sont à demander auprès du secrétariat de l'entité ou auprès du secrétariat de direction générale (tél. : +352 40144 2054 | E-Mail : [info@zitha.lu](mailto:info@zitha.lu)).

Pour l'analyse du dossier et l'élaboration de son avis, le comité d'éthique et/ou le référent éthique de l'entité se réservent le droit de contacter les parties prenantes (p. ex. concernés, salariés, médecins agréés) afin de récolter toutes les informations nécessaires dans le cadre de leurs fonctions.

Le traitement de ces informations et données se fait dans le strict respect de la loi en vigueur concernant la protection des données à caractère personnel.

L'avis émis par le comité d'éthique ou ses membres est soumis au secret médical.