

NE JAMAIS ECRIRE LE NOM DU PATIENT

Ne jamais écrire de données identifiantes relatives au patient concerné par la demande ci-dessous

Date de la demande * :

Nom du ou des professionnels demandeurs * :

Coordonnées mail * :

Coordonnées téléphonique * :

* **Champs obligatoires**

Toutes les demandes seront analysées par un ou plusieurs membres du COPIL dans un délai adapté à la situation puis présentées au comité d'éthique au besoin. Vous serez contacté par téléphone par un membre du COPIL.

**Décrire la
situation
clinique**

Expliquer ce qui a déjà été mis en place et proposé au patient	
Nature du questionnaire (ce qui fait difficulté)	

Vous serez contacté par téléphone par un membre du COPIL.

[Retour de la fiche complétée par mail :](mailto:comiteethique@cptsnordestuaire.fr)
comiteethique@cptsnordestuaire.fr
 Objet du mail : Demande saisine CE

Mentions légales suivantes :

☐ "En complétant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient enregistrées par la CPTS Nord Estuaire et utilisées dans le cadre du Comité Ethique afin d'apporter une réponse à ma saisine".

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation de cette mission soit 5 ans après la demande. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter :

comiteethique@cptsnordestuaire.fr . Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.