

Formulaire de saisine du Comité d’Ethique Hospitalier

Date de saisine :	
Prénom et nom :	
Service :	
Numéro de téléphone :	
Adresse électronique :	

Niveau d’urgence de la demande

- **Elevé** : si la demande est très urgente, notamment en dehors des heures de secrétariat, veuillez contacter le central téléphonique : + 352 2862 1000.
- **Moyen**
- **Bas** : dans le mois qui suit

Description de la situation

Question précise pour laquelle un avis est demandé

Afin de permettre une bonne analyse de votre situation, il est souhaitable d’exposer personnellement le cas devant le CEH.

☐ J’ACCEPTE

☐ JE REFUSE