



DEMANDE DE CONSULTATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE

Éthique

Vitalité Zone : 1B 4 5 6

Établissement : _____

Pour obtenir une consultation en éthique clinique, remplir le présent formulaire et l'acheminer au consultant en éthique clinique (pierrette.fortin@vitalitenb.ca) ou au Bureau régional de l'éthique (ethique.ethics@vitalitenb.ca) du Réseau de santé Vitalité.

1. Information

Date de la demande : _____ Heure : _____

Demandeur : _____ Unité de soins : _____

Nom du patient (s'il est différent de celui du demandeur) : _____

Date de naissance du patient : _____

Relation avec le patient, s'il y a lieu :

Si le demandeur n'est pas le patient, est-ce que ce dernier, son plus proche parent ou son représentant légal a consenti à la présente demande de consultation?

Oui Non

Nom des membres de la famille du patient et des personnes significatives pour le patient qui devraient participer à la consultation :

Nom des membres de l'équipe soignante qui devraient participer à la consultation :

Urgence de la réponse : < 24 h* > 24 h

*Raison de l'urgence, s'il y a lieu :

2. Raison de la consultation

Brève description des faits entourant la prise de décision difficile :

Sujets à aborder

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réanimation ou non | <input type="checkbox"/> Directives préalables |
| <input type="checkbox"/> Cessation de traitement | <input type="checkbox"/> Consentement substitué / Meilleur intérêt |
| <input type="checkbox"/> Refus de traitement | <input type="checkbox"/> Manque de consensus à l'égard des soins |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs / sédation continue | <input type="checkbox"/> Abstention de traitement |
| <input type="checkbox"/> Incertitude à l'égard des soins à prodiguer | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____ |

3. Brève description des démarches faites jusqu'à présent :

- Discussion avec le patient
- Discussion avec le plus proche parent ou le représentant légal
- Discussion avec l'équipe de soins
- Autres (préciser) :

4. Attentes envers le consultant en éthique clinique

Signature du demandeur

Date : aaaa-mm-jj