

COMITE D'ETHIQUE
412

**DEMANDE D'AVIS INTERNE AU COMITE D'ETHIQUE
CONCERNANT UN TRAVAIL DE FIN D'ETUDE**
Nous vous remercions de bien vouloir nous rendre ce document dactylographié

Vos coordonnées

Nom + prénom :

Adresse

N° de téléphone et/ou de GSM

Adresse mail

Etudiant(e) en

Infirmier(e) dans le service de

Réalise un travail de fin d'étude dans le service de

Sous le patronage du Docteur

Ou de Madame/Monsieur (+titre)

Du service de :

Avec l'accord du chef de service, le Docteur

Avec l'accord de Madame Maud EVRARD ou Madame Geneviève TILKIN

Intitulé du travail de fin d'étude :

L'étude porte-t-elle sur un médicament ?

OUI

NON

Si oui, s'agit-il d'une étude interventionnelle ou observationnelle ?

Le projet concerne :

- des adultes capables d'exprimer leur volonté
- des adultes incapables d'exprimer leur volonté
- des mineurs
- une situation d'urgence

But de l'étude :

1. **Choix des sujets :**

- Sujets sains :
- Sujets malades, nature de l'affection :
- Nombre de sujets :
- Age :
- Sexe :
- Femmes gravides ou susceptibles de le devenir pendant l'étude

2. **Lieu où se déroulera l'étude :**

CHR Citadelle Service

Si l'étude se fait dans une autre institution que le CHR Citadelle, précisez où :

3. **Estimez-vous que l'étude comporte un risque ? Si oui, veuillez préciser le(s)quel(s).**

JE DECLARE ASSUMER L'ENTIERE RESPONSABILITE DE L'EXPERIMENTATION DONT LE PROJET EST DECRIT CI-DESSUS ET CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CORRESPONDENT A LA REALITE COMPTE TENU DES CONNAISSANCES ACTUELLES.

Date :

Signature de l'expérimentateur (vous)

Signature du médecin
(ou de la personne responsable)

Signature du Chef de Service

Signature de Madame M. EVRARD (pour les TFE en psychologie) ou de Madame G.TILKIN pour tout autre TFE)

 **Le Dossier ne sera pas soumis pour avis aux membres du Comité d'Ethique si toutes les signatures demandées ne figurent pas sur ce document.**