

FICHE DE SAISINE



ESPACE ETHIQUE EN SANTE MENTALE

Fiche de saisine

* Obligatoire

1. NOM(s) *

Entrez votre réponse

2. Prénom(s) *

Entrez votre réponse

3. Mail de contact

Entrez votre réponse

4. EPSM *

LM

FL

AL

VLA

5. Secteur / Service (hors médico-social) *

Entrez votre réponse

6. **Décrivez la situation qui vous pose problème en vous attachant aux FAITS**
*

Entrez votre réponse

7. **Quelles questions/problèmes éthiques cela pose-t-il ?**
*

Entrez votre réponse

8. **Quels sont les conflits de valeurs/de règles que vous identifiez ?**

Entrez votre réponse

9. Votre n+1 est-il informé de la saisine ? *

Oui

Non

10. Quel est le nom et l'adresse mail de votre responsable hiérarchique (n+1) ?

Entrez votre réponse

Vous pouvez imprimer une copie de votre réponse après envoi

Ne communiquez jamais votre mot de passe. [Signaler un abus](#)

Ce contenu est créé par le propriétaire du formulaire. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire. Microsoft n'est pas responsable des pratiques de confidentialité ou de sécurité de ses clients, y compris celles de ce propriétaire de formulaire. Ne donnez jamais votre mot de passe.

Avec Microsoft Forms |

Le propriétaire de ce formulaire n'a pas fourni de déclaration de confidentialité quant à la façon dont il utilisera vos données de réponse. Ne fournissez pas d'informations personnelles ou sensibles.

| [Conditions d'utilisation](#) | [Accessibilité](#)

DOCUMENT D'