



**IMAD - Conseil Ethique**  
Esplanade de Pont-Rouge 5  
Case postale  
1212 Grand-Lancy 1

[www.imad-ge.ch](http://www.imad-ge.ch)

Contact [conseil\\_ethique@imad-ge.ch](mailto:conseil_ethique@imad-ge.ch) - Tél. 022 420 21 00

## Demande d'avis consultatif éthique

|                  |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEMANDEUR.DRESSE | Nom, Prénom                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |
|                  | Téléphone                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    |
|                  | Adresse                                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |
|                  | Courriel                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |
|                  | Fonction au sein de l'IMAD                                                                     | <input type="checkbox"/> Direction/Service<br><input type="checkbox"/> Equipe (n°)                                                                                                                 |
| PATIENT.E        | Autre                                                                                          | <input type="checkbox"/> Proche aidant.e <input type="checkbox"/> Médecin traitant.e <input type="checkbox"/> Patient.e<br><input type="checkbox"/> Représentant.e légal.e dans le domaine médical |
|                  | Patient.e (ne pas nous communiquer le nom et le prénom du patient ainsi que le numéro Medlink) | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme                                                                                                                                      |
|                  | Représentant.e légal.e dans le domaine médical                                                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, préciser son statut (curateur.trice, représentant.e thérapeutique, conjoint.e, enfant.s etc.) :                               |
|                  | Directives anticipées                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                          |
|                  | Âge approximatif (70, 75, 80, etc.)                                                            |                                                                                                                                                                                                    |
|                  | Réseau social primaire (famille, conjoint, enfants, amis proches, proches aidants etc.)        |                                                                                                                                                                                                    |

**Réseau social secondaire**  
(médecins, services sociaux,  
associations, institutions, etc.)

**Capacité de compréhension/  
capacité de discernement**

- ☐ Le patient comprend
- ☐ Le patient se fait comprendre
- ☐ Le patient est incapable de discernement pour se prononcer au sujet de ses soins

**Santé** (dépendance  
fonctionnelle dans les AVQ,  
RAI, problèmes médicaux  
principaux)

**Soins et prestations**

**Nom du/de la référent.e**

**Information au/à la patient.e  
et/ou à sa/son représentant.e  
légal.e dans le domaine  
médical de la demande d'avis  
au Conseil Ethique**

☐ oui ☐ non

Si non, pour quels motifs ?

Si l'information au/à patient.e est  
considérée comme un levier  
positif, il conviendrait d'organiser  
une levée du secret professionnel.  
Dans ce cas, l'avis du CE fait  
partie intégrante du dossier du/de  
la patient.e.

Dans les situations où une levée  
du secret professionnel ne serait  
pas judicieuse, il est important de  
saisir le CE sans divulguer  
d'informations permettant  
d'identifier le/la patient.e (nom,  
prénom, date de naissance,  
nationalité, etc.) Dans ce cas,  
l'avis du CE ne fait pas partie  
intégrante du dossier du/de la  
patient.e.

SELON VOUS, QUELLES SONT LES  
PROBLÉMATIQUES ?

**Pour les professionnels**  
(observations, difficultés,  
positions, avis)

**Pour le/la patient.e**  
(choix, préférences, volontés,  
directives anticipées  
éventuelles)

**Pour le/la représentant.e légal.e**  
dans le domaine médical ou le/la  
curateur.trice

**Pour les proches directement  
concernés**

Pour le médecin traitant et/ou le  
médecin prescripteur

Pour d'autres acteurs de la  
situation

SELON VOUS, QUELLES  
SERAIENT LES QUESTIONS  
ETHIQUES ?

SELON VOUS, QUELLES  
SERAIENT LES PISTES  
D' ACTIONS ?

AUTRES

Quelle fonction/service  
a déjà été sollicité.e  
dans le cadre de cette  
situation ?

☐ RE ☐ ISC/RPP ☐ Direction

☐ Autre :

Urgence de la  
demande, raisons de  
l'urgence

Date de la demande :

**N.B.** Les informations indispensables sont à faire figurer dans le présent document afin de permettre au CE de comprendre la situation, et d'identifier quelles sont, selon vous, les problématiques présentes, les questions éthiques qui se posent, ainsi que les pistes d'action identifiées.

S'il s'avère nécessaire d'informer le patient au sujet de la présente saisine, le/la président.e ou l'éthicien.ne du CE vous expliqueront, si besoin, comment procéder.

**Copie :** Direction concernée