

COMITE D'ETHIQUE
MEDICALE

N° d'agrément
OM087

152

Comite.ethique@chc.be

**DEMANDE D'AVIS AU COMITE D'ETHIQUE SUR UN PROJET
D'EXPERIMENTATION
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

Nom de l'expérimentateur local responsable:.....
.....
Service de:.....
Médecin responsable du
service:.....
Autre(s) participants(s) à la recherche:.....
.....

Titre original du protocole de l'expérimentation

.....
.....
.....
.....

Président
Dr. René STEVENS
☎ 0492/97.75.01

Secrétaire
Dr. Françoise KREUTZ
0492/97.76.08

Secrétariat administratif
Pascale LECLERCQ

*Lundi et jeudi
9-17h*

☎ 04/355.78.03
0493/28.26.81

Expérimentateur responsable

Je déclare assumer l'entière responsabilité de l'expérimentation, sur le site de la Clinique CHC MontLégia de Liège, dont le projet est décrit ci-dessous et certifie que les renseignements fournis correspondent à la réalité, compte tenu des connaissances actuelles.

date :

nom :

Signature de l'expérimentateur local responsable :

Signature du chef de service, pour accord et information :