FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MANIPULATION CERVICALE

Je reconnais avoir donné et expliqué de manière exacte au client toutes les informations nécessaires relativement à la manipulation cervicale, notamment la nature du traitement, les effets bénéfiques prévus, les risques, les effets secondaires et les autres modalités de traitement possibles.

Physiothérapeute : _____ _____

Prénom et nom en lettres moulées — N° de permis

_____ _____

Signature — Date

Je reconnais que _____, physiothérapeute, m'a expliqué les objectifs et les caractéristiques des manipulations cervicales qu'il entend me prodiguer, soit entre autres : la nature du traitement, les effets bénéfiques prévus, les risques, les effets secondaires et les autres modalités de traitement possibles.

Je comprends clairement ces renseignements et je consens volontairement et librement à l'utilisation des manipulations cervicales comme modalité à mon traitement en physiothérapie. Je comprends que cette modalité pourrait être utilisée lors de plusieurs séances.

Je comprends aussi l'importance d'informer le physiothérapeute de tout changement de mon état de santé, comme un nouveau diagnostic médical, de nouvelles médications, de nouveaux symptômes ou tout autre changement en lien ou non avec les traitements prodigués.

Je comprends également que je peux retirer mon consentement à tout moment et demander au physiothérapeute de cesser l'utilisation de cette modalité de traitement.

Nom du client : _____

En lettres moulées

_____ _____

Signature — Date

EXEMPLE