
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MANIPULATION CERVICALE

Je reconnais que _____, physiothérapeute, m'a expliqué la nature et l'importance 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 ce que le physiothérapeute procède à une ou plusieurs manipulations cervicales en fonction des informations contenues dans mon dossier.

Je m'engage à 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 ce consentement donné au physiothérapeute s'applique à toutes les manipulations cervicales nécessaires au traitement même si elles sont réalisées par lui sur plusieurs séances et que je peux retirer ce consentement à tout moment et ainsi refuser une manipulation cervicale.

Nom du client : _____
Lettres moulées

Signature

Date

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

Physiothérapeute : _____
Lettres moulées

Permis n° :

Signature

Date