

Consentement pour l'évaluation ou le traitement de zones sensibles

Je soussigné(e), _____ (nom), ai demandé une évaluation ou un traitement par ce(tte) massothérapeute inscrit(e) (MTA) _____ (nom) pour le traitement des zones cliniquement pertinentes identifiées ci-dessous :

___ Muscles de la paroi thoracique (sauf les seins)

___ Poitrine

___ Fesses (muscles fessiers)

___ Intérieur de la partie supérieure des cuisses

Fournissez l'indication clinique : _____

Le ou la MTA m'a expliqué ce qui suit et je comprends tout à fait l'évaluation ou le traitement proposé :

- La nature de l'évaluation, incluant les raisons cliniques pour l'évaluation des zones ci-dessus et les méthodes de drapage qui seront utilisées
- Les bienfaits escomptés de l'évaluation
- Les risques potentiels de l'évaluation
- Les effets indésirables de l'évaluation
- Que le consentement est volontaire
- Que je peux révoquer ou modifier mon consentement en tout temps.

Je donne volontairement mon consentement éclairé pour l'évaluation ou le traitement comme discuté et décrit ci-dessus.

Nom du (de la) client(e) (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

Traitement continu :

Je sais que le traitement de la ou des zones identifiées ci-dessus fait partie d'un plan de traitement dont mon ou ma MTA a discuté avec moi. Je confirme qu'à la date suivante, le ou la MTA a passé en revue le plan de traitement et je fournis mon consentement éclairé.

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____