

Bilan **santé**et formulaire de **Consentement**

**Strictement confidentiel**

Date : 2022-09-07

Nom : Prénom :

Adresse courriel :

No tél : No tél. urgence :

Meilleur moment pour vous téléphoner

**Raison de la consultation, expliquez votre problématique :**

**Expliquez brièvement :**

Avez vous?:

**Allergies alimentaires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Fatigue, stress, anxiété**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Problèmes cardiaques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Problèmes circulatoires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Problèmes digestifs**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Problèmes urinaires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Diabètes, hypoglycémie**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Maladies contagieuses**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Verrues plantaires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Verrues sur les mains**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Problèmes neurologiques**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Problèmes de peau**

**Problèmes respiratoires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Problèmes hormonaux**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Cancer**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Douleurs musculaires, Articulaires**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Handicap ou perte d’efficacité d’un membre**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Prenez-vous des médicaments ?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Êtes-vous enceinte ?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Est-ce votre première expérience en hypnothérapie?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Avez-vous besoin d’un reçu d’assurance ?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Y a-t-il des précautions à prendre à chaque traitement?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

:

**Avez-vous déjà connu ou vivez-vous présentement des difficultés au niveau de votre santé physique ou mentale (maladie, dépression, etc.)?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

Si oui Precisez :

**Parmi la liste ci-dessous, quel(s) produit(s) consommez-vous présentement sur une base assez régulière (même de manière sociale)?**

[ ]  Alcool

[ ]  Tabac (cigarette, pipe, cigare, etc.)

[ ]  Cannabis / Marijuana

[ ]  Autres substances

Précisez :

**Renseignements complets**

[ ]  Je reconnais que tous les renseignements fournis dans ce questionnaire sont précis et complets. Mon hypnothérapeute peut se baser sur ces renseignements pour m’accompagner dans le processus ou la séance que j’ai choisi d’entreprendre

**L'hypnothérapie ne remplace pas des séances auprès d'un psychologue ou un médecin**

[ ]  **J**e reconnais que cette démarche en hypnothérapie ne remplace d’aucune façon un traitement médical traditionnel ni l’avis d’un médecin, ou d'un psychologue, que ce soit sur le plan physique, émotionnel ou mental, et que mon thérapeute n’est pas en mesure de poser de diagnostic ou de recommander un traitement

**Participation active au processus**

[ ]  Je comprends que toutes démarches pour améliorer ma condition et atteindre mes objectifs est le fruit de mon implication et est aussi mon entière responsabilité. Je comprends que l'hypnothérapie constitue un support dans ma démarche personnelle afin d’améliorer ma condition, mais ne constitue pas l’entière solution à ma problématique. Je m’engage donc à être un participant actif dans mon processus vers un meilleur bien-être et dans l’atteinte des objectifs que je me suis fixés.

**Variabilité des résultats**

[ ]  Je comprends et j’accepte que l’aboutissement de tout processus basé sur l'hypnothérapie varie d’une personne à l’autre selon son état de santé, ses antécédents, son historique, son implication et sa vigilance et que les résultats ne peuvent pas être garantis. Je comprends, par contre, que mon thérapeute mettra toutes ses compétences et ses ressources professionnelles à mon service, de bonne foi, pour m’appuyer dans ma démarche.

**Usage de drogues ou alcool**

[ ]  Je comprends et j’accepte que si je me présente, le jour de mon rendez-vous, sous l’effet de drogues, cannabis ou alcool, l’hypnothérapeute mettra fin tout de suite à ma séance sans possibilité de remboursement.

**Compréhension**

[ ]  Je comprends que l'hypnothérapeute n'est ni psychothérapeute ni médecin et qu'il n'est pas membre d’aucun autre ordre professionnel dans le domaine de la santé physique et mentale.

**Compréhension des limites du professionnel**le

[ ]  Je comprends que l’hypnothérapeute ne peut recommander qu’un client cesse de voir un professionnel de la santé ou la prise de médicament ou les traitements qui lui ont été prescrits par un professionnel de la santé.

**Vocabulaire du client**

[ ]  Je reconnais reconnait être moi-même responsable du vocabulaire médical que j’utilise et que je ne peux nullement en imputer la responsabilité à l’hypnothérapeute, même si ce dernier doit reprendre mes termes pour fins d’explication.

**Plein gré**

[ ] J’atteste être venu/e de mon plein gré requérir les services de l’hypnothérapeute et et n’avoir subi aucune pression de sa part.

**Changement dans mon état de santé**

 [ ]  Advenant un changement dans mon état de santé entre les différentes prises de rendez-vous, je m’engage à aviser mon hypnothérapeute dès que ces changements surviennent, et ce avant ma prochaine séance.

**Politique d’annulation de rendez-vous**

[ ]  Lorsque vous prenez un rendez-vous, une plage horaire vous est réservée. Si vous ne vous présentez pas; c’est une plage horaire de perdue pour nous que nous aurions pu donner à quelqu’un d’autre. À moins de force majeure (avec preuve), aucun remboursement ne vous sera accordé en cas d’absence de votre pars. Et en cas de retard, votre séance devra être écourtée. Vous pouvez toutefois demander un report de rendez-vous 72 heures à l’avance sans frais supplémentaires

**Conservation des documents de votre dossier**

[ ]  Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l’entrée de la loi 68, à moins d’avoir contraire de votre part, nous considérons que vous consentiez ainsi à ce que nous consignions dans votre dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou vous nous transmettrez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d’avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans

**Consentement pour communications**

[ ]  Loi 128, Loi visant à promouvoir l’efficacité et la capacité d’adaptation de l’économie canadienne pas la réglementation de certaines pratiques qui découragent l’exercice des activités commerciales pas la voie électronique. En vertu de cette nouvelle loi et afin de garder de bons contacts avec vous Marie-Ève Carignan désire obtenir votre consentement pour pouvoir continuer à vous envoyer des messages. Pour ce faire, vous n’avez qu’à mentionner votre courriel ci-dessous. Je consens, d’une libre et manifeste que Madame Lucie Goyette consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d’une façon écrite, orale, informatisée ou autres, à partir de maintenant.

**Attestation de signature**

 [ ]  Par le retour de ce document par courriels, j’atteste avoir pris connaissance des déclarations des articles précités et de ne pas être en défaut en ce que concerne leur contenu. Le renvoi de ces documents par courriel fait office de signature de ma part.

**Signature Date :**

