



Formulaire de consentement éclairé du patient

Identité du patient

cachet du praticien

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Acte d'Ostéopathie

Dans le cadre de ses compétences * votre Masseur-Kinésithérapeute Ostéopathe, professionnel de santé, est habilité à vous prendre en charge, vous évitant ainsi toute perte de chance. Aussi à partir de sa décision d'intervention, quelques effets temporaires mineurs peuvent apparaître dans les jours qui viennent, à type de courbatures, douleurs musculaires, modification de votre équilibre, maux de tête, troubles digestifs... En cas de persistance, votre praticien pourra intervenir à nouveau.

ZONE MANUSCRITE. Ce cadre est à utiliser si le praticien et/ou le patient le jugent nécessaire

NOM /

PRENOM/

DATE DE NAISSANCE/

Veillez ,s'il vous plait écrire dans vos propres mots , la raison de votre venue et l'objectif principal que vous en attendez -----

Veillez ,s'il vous plait écrire dans vos propres mots ce que votre ostéopathe vous a expliqué au sujet :

Du problème diagnostiqué : -----

Des différents traitements : -----

Des chances de succès ou des échecs du traitement

Des conséquences du refus des traitements proposés -----

Avez-vous autorisé votre ostéopathe à effectuer les traitements exposés ?-----

SIGNATURE

Le patient ou son représentant légal

Suite à l'entretien individuel d'information que j'ai eu avec (NOM PRENOM PRATICIEN) et aux réponses qui ont été apportées à mes questions, j'accepte, après réflexion, la pratique d'un acte d'ostéopathie.

J'ai été informé de la nature et du but de cet acte, ainsi que du bénéfice et risques d'échec, et que le résultat n'est jamais garanti d'avance.

J'ai été informé des possibles complications ou aléas thérapeutiques et des réactions individuelles imprévisibles découlant de cette pratique.

J'ai été informé des suites possibles si je décidais d'interrompre mon traitement avant son terme.

Je déclare avoir relaté et transmis toutes les informations concernant mes antécédents médicaux lors de cet entretien.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais fait suite à un entretien préventif entre le thérapeute et son patient dans un climat de confiance réciproque.

Ce consentement est libre et je suis informé(e) que je peux le retirer à tout moment. Les conséquences d'un refus de la poursuite des soins et de leurs éventuelles gravités seront évoquées avec le professionnel.

Date :

Nom Prénom :

Signature du patient ou de son représentant légal

L'ostéopathe

Je soussigné, (NOM PRENOM) certifie que j'ai expliqué la nature ,le but ,la procédure d'évaluation des tests et manœuvres utilisés ,ainsi que les bénéfices et risques d'échec de la pratique ostéopathique.

J'ai indiqué au patient que les techniques pratiquées sont conformes aux données actuelles de la science et de ma compétence.

Je certifie également avoir offert au patient la possibilité de poser toutes les questions qu'il souhaitait et que j'ai pleinement répondu à ces dernières.

Je lui ai confirmé qu'il a la faculté de retirer à tout moment son consentement et donc de refuser la poursuite du traitement.

J'estime que le patient ou son représentant légal a bien compris ce que j'ai expliqué.

Type d'information donnée au patient :

- Un entretien individuel d'information expliquant la nature et le but des actes effectués et répondant aux diverses questions du patient concernant sa prise en charge.

Date :

Nom Prénom :

Signature

*Toute intervention spécifique sur la sphère génito urinaire se fera dans le cadre d'une prescription ; pour toute intervention sur le rachis cervical et les enfants de moins de 6 mois, un avis de non contre-indication médical aux techniques ostéopathiques sera requis .

Les données personnelles collectées par M. ou Mme , Masseur-kinésithérapeute Ostéopathe en tant que responsable du traitement, sont traitées dans le cadre du recueil du consentement fondé sur l'obligation légale prévue à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. Les données sont conservées pendant toute la durée de l'exercice professionnel du Masseur-kinésithérapeute Ostéopathe concerné. Sauf opposition de la personne dûment avertie, elles sont accessibles aux personnes qui participent tous à la prise en charge du patient, sous réserve que cette information soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social. Seules les informations portant sur les éléments indispensables au suivi du patient ont vocation à être partagées.

Dans ce contexte, les données ne font pas l'objet d'un transfert hors de l'Union européenne.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles les concernant en adressant votre demande par courrier postal ou par mail à l'adresse suivante :

Il vous est également loisible d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.

