



Formulaire de consentement Date : ____ / ____ / 20__

Mario Lacharité M.Ps. psychologue et psychothérapeute (Membre O.P.Q : 06550-92)

- 1-Prendre connaissance du document descriptif de service ainsi que du formulaire de consentement.**
2-Remplir le formulaire et retourner les deux pages signées à mariolacharite@accompagne-moi.com

Approche thérapeutique : Les orientations que je préconise sont issues des approches Humaniste, Cognitivo-Comportementale et Interactionnelle. Les stratégies et méthodes sont centrées sur la personne: ses pensées, ses émotions et ses comportements en relation avec son environnement. La démarche vise à provoquer des changements d'attitudes, de développement de compétences personnelles, de comportements, de manières de penser ou de réagir chez une personne, afin de lui permettre de mieux se sentir, de trouver des réponses à ses questions, de résoudre des problèmes, de faire des choix, de mieux se comprendre, d'explorer et développer tout son potentiel de croissance comme individu. La thérapie brève est un processus qui exige du temps, des efforts, de l'engagement, de la réflexion et de l'action. Il s'agit d'un processus confidentiel qui se construit sur une relation basée sur l'ouverture, le respect et la confiance mutuelle.

Modalités de la prestation des services : Les rencontres se font en personne ou en téléconsultation (téléphone, Face-Time, Zoom, Skype) et sont d'une durée d'environ 55 minutes ou 115 minutes. La fréquence est déterminée par la nature des motifs de la demande, du contexte et des objectifs convenus entre le client et le thérapeute. Il en va de même pour la durée totale de la thérapie dont la terminaison sera également discutée au préalable.

Honoraires et modalités de paiement : (Non-Applicable au PAE) Les honoraires sont de 130 \$ par séance payable par virement bancaire. *Pour les couples le tarif est de 150\$/séance. Les honoraires sont facturables à 50% pour les rendez-vous manqués-non-signalés dans un délai de 24 heures à titre de frais administratifs. La transmission de rapports et/ou autres renseignements à la demande du client sont assujettis à des frais administratifs raisonnables. Des reçus sont émis en bonne et due forme.

Confidentialité et ses limites : Le thérapeute doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle porté à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation du client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse telle que la protection de la vie (la votre et autrui, accès armes à feu) ainsi que la santé/sécurité d'une personne mineure. De plus, les renseignements du dossier ne peuvent être transmis à un tiers sans le consentement écrit du client. Un délai de 15 jours est applicable pendant lequel le client peut révoquer son consentement. Toutefois, en cas d'urgence, le client peut renoncer au délai prescrit de 15 jours pour la transmission des renseignements.

Tenue de dossiers : Le thérapeute doit constituer un dossier confidentiel. Le dossier est conservé dans un endroit sécuritaire verrouillé. Le client y a accès et personne ne peut y avoir accès sans autorisation expresse de ce dernier. Le psychologue est responsable de gérer la conservation du dossier, jusqu'à un minimum de 5 ans après la cessation des services.

Cessation des services : Le client peut mettre fin à tout moment aux services professionnels et, le cas échéant, il est invité à en faire part au début de la dernière rencontre plutôt qu'en fin de rencontre, par courriel ou téléphone afin d'assurer une terminaison optimale du processus de consultation.

Consentement

Consentement : Je consens à recevoir les services offerts tels qu'ils m'ont été proposés. J'ai pris connaissance du présent document et j'accepte les conditions qui s'y trouvent, ayant, par ailleurs, obtenu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées, le cas échéant.

Nom (client) : _____

Signature (client) : _____

Signature (parents) : _____



Formulaire de consentement

Date : ____/____/20__

Mario Lacharité M.Ps. psychologue et psychothérapeute (Membre O.P.Q : 06550-92)

Fiche de rencontre

Prénom : _____ Nom : _____

Sexe : Femme ___ Homme ___ Autre : _____

Adresse e-mail : _____

Num de téléphone : _____ Cell : _____

Avez-vous un appareil Apple qui permet des conversations FACETIME ; OUI _____ Non _____

Décrire les motifs de la consultation svp :

Âge : _____ Genre : _____ État civil : _____

Occupation : _____

Liste des médicaments :

Antécédents médicaux :

Médecin traitant actuel : _____

numéro de téléphone d'urgence : _____ nom _____

Avez-vous un diagnostic médical ? _____

Avez un programme d'aide aux employés (PAE) _____

Avez-vous une assurance ? nom : _____