



**Granby Thérapeute**  
**112 St-Jacques, Granby**  
**J2G 8V9**

**info@granbytherapeute.com**

---

**Nom :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**App. :**

**Code Postal:**

**Ville :**

**Courriel :**

**Téléphone:**

**Informations médicales :**

**Suivez-vous un traitement médical ou autre, pour ce problème? Si oui, lequel?**

**Motif de consultation (visée des rencontres) :**

**De quelle façon m'avez-vous trouvé?**

**Facebook**

**Google**

**Référence (nom)**

**Autre**

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE SERVICES

### Les paramètres des rencontres :

L'équipe de TRA<sup>MD</sup>, ci-haut mentionné est membre de La CITRAC et offre des services de RELATION D'AIDE PAR L'ANDCMD aux personnes désireuses d'entreprendre une démarche personnalisée d'accompagnement vers leurs objectifs. Les rencontres sont d'une durée de 55 minutes, en moyenne. Les frais sont de 95\$ la séance taxes incluses, payables en argent comptant, par chèque personnel ou virement électronique. Il est à noter que des frais de 25\$ s'ajoute à l'ouverture de dossier.

Le TRA<sup>MD</sup> est régi par un code d'éthique et de déontologie qui peut être consulté sur les lieux de la rencontre et/ou sur le site Internet suivant : [www.citrac.ca](http://www.citrac.ca)

### Les responsabilités du client :

Fournir tout renseignement et adopter des attitudes jugées pertinentes pour maximiser la valeur et l'efficacité des rencontres. S'engager pleinement dans sa démarche avec le TRA<sup>MD</sup>. Assurer disponibilité et ponctualité. La personne qui choisit d'entreprendre le présent processus s'engage à respecter ses rendez-vous. Dans l'éventualité où elle ne peut se présenter à son rendez-vous, la personne est priée d'en aviser le thérapeute, au moins 24heures avant l'heure du début de la séance, sans quoi des frais administratifs de 50\$ pourraient être perçus.

### Les responsabilités du TRA, Thérapeute en relation d'aide<sup>MD</sup>:

Guider et accompagner le client à travers son ou ses objectifs tout en tenant compte de ses exigences et de sa disponibilité. Préserver la confidentialité des renseignements fournis par le client ou recueillis par le TRA<sup>MD</sup>. Respecter le cadre éthique applicable. Émettre une facture pour frais d'honoraires pour chaque rencontre. Remettre un reçu pour fin d'assurance s'il y a lieu.

### Complémentarité :

En aucun cas les rencontres ne visent à se substituer ou à remplacer, de quelque manière que ce soit, toute autre démarche de consultation en psychologie, psychothérapie ou médecine. Les rencontres individuelles ne remplacent en aucun cas l'avis et les services d'un médecin. Je reconnais que je NE peux demander au TRA<sup>MD</sup> de poser un acte médical ou diagnostic, réservé aux praticiens de la médecine allopathique, ou autres professionnels en droit de poser des diagnostics de quelque nature que ce soit, au sens du Code des professions, ni que je ne peux, non plus, l'inciter à le faire. Les rencontres individuelles ont donc des champs d'expertises et d'actions totalement différents de ceux des professionnels de la santé (médecin, psychologue, psychothérapeute, etc.). Le TRA<sup>MD</sup> ne suggère en aucun cas de cesser ma médication, mes traitements allopathiques et aides psychologiques.

### Confidentialité :

J'ai lu et je comprends les informations mentionnées ci-haut. Aucune information ne pourra être transmise à une autre personne sans mon consentement écrit. Cependant, le TRA<sup>MD</sup> est tenu de briser la confidentialité et de signaler la situation aux personnes concernées (famille, urgence médicale ou services policiers, etc. dans les cas suivants :

- Je menace ma sécurité physique ou psychologique ou celle d'une autre personne ;
- Je vis un problème majeur, représentant un risque grave et élevé pour moi-même (exemple : comportement suicidaire jugé à risque) ;
- Le TRA<sup>MD</sup> reçoit un mandat dûment complété et signé par un juge qui exige l'obtention de renseignements à mon sujet ou au sujet de mon enfant (subpoena).

Je reconnais que le TRA<sup>MD</sup> m'a précisé les termes du présent consentement de services, qu'il a répondu de manière satisfaisante à mes interrogations et qu'il s'est assuré de ma compréhension en rapport avec ce document.

Je consens de façon libre et éclairée au service proposé. Il est entendu que je peux, en tout temps, choisir de mettre fin aux rencontres.

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

(Chapitre P-39.1)

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. À moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou que vous nous transmettez, verbalement ou par écrit.

Ce consentement sera valide dès la signature. Le consentement pourra être révoqué ou annulé par une lettre recommandée de votre part.

*Ce consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé. (Art. 14)*

*Je consens, de façon libre et éclairée, à ce que Marie-Claude Legault consigne dans un dossier, tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, verbale, informatisée ou autres, débutant à la date apparaissant plus bas.*

Signé(e) à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

SIGNATURE du client : \_\_\_\_\_

NOM (lettres moulées) : \_\_\_\_\_