

Amanda Luterman MA, MEd, Psychotherapist  
Centre Pour L'Empathie Érotique  
360 Avenue Victoria, Suite 300  
Westmount, Quebec  
H3Z 2N4  
514-914-4716



## CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS

Par la présente, j'autorise \_\_\_\_\_ à obtenir/communiquer les informations relatives à mon évaluation et/ou mon traitement dans mon dossier de/à :

NOM: \_\_\_\_\_

ORGANISATION: \_\_\_\_\_

NUMÉRO: \_\_\_\_\_

J'ai été informé(e) que je peux révoquer la présente autorisation par communication écrite ou orale. Oui  Non

Je certifie que ce formulaire m'a été entièrement expliqué et que j'en comprends et accepte le contenu. Oui  Non

Je suis pleinement conscient et j'accepte les questions juridiques, confidentielles et thérapeutiques qui impliquent le consentement à la divulgation d'informations. Oui  Non

Je comprends que l'autorisation est valable à compter de la date de ma signature ci-dessous et jusqu'à la date suivante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du Client

\_\_\_\_\_  
Date de l'Autorisation

\_\_\_\_\_  
Signature du Thérapeute

\_\_\_\_\_  
Date de l'Autorisation

### Remarque:

Veillez noter que les directives éthiques établies par l'Ordre des Psychologues du Québec exigent que j'attende 15 jours à partir de la date d'aujourd'hui avant de divulguer l'information sur votre dossier.

En cas d'urgence ou si l'information doit être divulguée immédiatement, les lignes directrices éthiques prévoient que vous pouvez renoncer à la période de 15 jours.

Je renonce aux 15 jours: \_\_\_\_\_