

THÉRAPEUTE EN RELATION D'AIDE

CONSENTEMENT DE SERVICES



VOTRE THÉRAPEUTE EN RELATION D'AIDE
EST MEMBRE DU CFRA ET DE RITMA



CONSENTEMENT DE SERVICES

INFORMATIONS DU THÉRAPEUTE EN RELATION D'AIDE

Nom, Prénom : _____ (ci après "le Thérapeute")
Adresse : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

INFORMATIONS DU PARENT OU DU REPRÉSENTANT DE L'ENFANT MINEUR

Nom : _____ (ci après "Vous")
Adresse : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____

INFORMATIONS DE L'ENFANT MINEUR CONCERNÉ

Nom et Prénom : _____ (ci après "votre enfant")
Adresse : _____
Date de naissance : _____

1. LES PARAMÈTRES DES RENCONTRES

Le cadre des rencontres :

Le Thérapeute désigné ci-dessus est membre de l'Association RITMA et membre du CFRA, offre des services en relation d'aide aux personnes désireuses d'entreprendre une démarche personnelle. Cet accompagnement permet au client de cheminer vers un mieux-être grâce aux échanges verbaux caractérisant la thérapie. Ils lui permettent une meilleure connaissance de lui-même.

Le contenu des échanges est absolument confidentiel. Les thérapeutes sont soumis au secret professionnel et le Thérapeute s'engage à :

- Respecter le secret professionnel
- Préserver la confidentialité des renseignements fournis par le client ou recueillis en cours d'entretiens
- Respecter les codes de déontologie de RITMA et du CFRA
- Accompagner le client dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique
- Émettre une facture pour frais d'honoraires ou remettre un reçu pour fin d'assurances s'il y a lieu, au nom du client.

Les rencontres avec votre enfant :

Par ce document Vous consentez à ce que le Thérapeute offre des services de relation d'aide à votre enfant.

Vous comprenez que les rencontres sont un espace réservé à votre enfant hors de tout conflit parental. Ces rencontres ne constituent pas une évaluation psychologique ou psycho-légale et le Thérapeute ne peut être sollicité à témoigner devant un Tribunal ou une Cour de Justice.

Vous êtes le seul parent à signer ce document. Il vous appartient d'informer l'autre parent ou représentant légal de l'enfant, de cette démarche pour votre enfant. Si l'un ou l'autre des parents venaient à s'opposer à cette démarche, le Thérapeute, mettre fin aux rencontres avec l'enfant.

2. ACCEPTATION ET CONSENTEMENT DU CLIENT

2.1 Vous déclarez comprendre et accepter :

- Qu'un soin en relation d'aide ne garantit pas les résultats car tout dépend du client et de son engagement dans sa démarche.
- Que la relation d'aide ne peut se substituer ou remplacer de quelque manière que ce soit toute autre démarche de consultation en psychologie, psychothérapie ou médecine et ne remplace en aucun cas l'avis et les services d'un médecin.
- Qu'un thérapeute en relation d'aide ne pose pas d'acte médical et ne fait pas de diagnostic.
- Qu'un thérapeute en relation d'aide ne suggère en aucun cas de cesser la médication, les traitements allopathiques et les aides psychologiques de Votre enfant.
- Qu'aucune information ne pourra être transmise à une autre personne sans votre consentement écrit.

Cependant, le Thérapeute est tenu de briser les règles de confidentialités au regard de la Loi dans des situations spécifiques et d'informer un membre de la famille, les urgences médicales ou services policiers selon les cas ci-dessous :

- Si Votre enfant menace sa sécurité physique ou psychologique ou celle d'une autre personne.
- Si Votre enfant vit un problème majeur, représentant un risque grave et élevé pour lui-même (exemple : comportement suicidaire jugé à risque, etc.).
- Si le Thérapeute reçoit un mandat dûment complété et signé par un juge qui exige l'obtention de renseignements à Votre sujet et/ou au sujet de Votre enfant.

2.2 Vous vous engagez à :

Régler les honoraires des rencontres avant la séance qui sont de :

_____ \$ pour _____ minutes environ pour les séances individuelles.
 _____ \$ pour _____ minutes environ pour les séances de couple ou familiale.

Le paiement de votre consultation valide et sécurise votre rendez-vous. Le paiement sera effectué avant la séance par l'un des moyens de paiement suivants (au choix) : _____

Dans l'éventualité où votre enfant ne peut pas se présenter à un rendez, vous comprenez que les séances doivent être annulées au moins 24h à l'avance ou sont considérées comme dues pour moitié et aucun reçu ne pourra être émis pour les frais d'annulation (sauf cas de force majeure).

2.3 Vous reconnaissez expressément :

- Qu'il Vous a été précisé les termes du présent consentement de services, que le Thérapeute a répondu de manière satisfaisante à vos interrogations et que le thérapeute s'est assuré de votre compréhension en rapport avec ce document.
- Que Vous acceptez de façon libre et éclairée le service proposé à votre enfant. Il est entendu que Vous pouvez, en tout temps, choisir de mettre fin aux rencontres avec votre enfant, sans avoir à Vous justifier.

2.4 Consentement relatif aux renseignements personnels :

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (chapitre P-39.1)

À moins d'avis contraire de votre part, Vous consentez à ce que le Thérapeute consigne dans un dossier informatisé ou autres tous les renseignements que Vous lui avez transmis ou que Vous lui transmettez, verbalement ou par écrit.

Ce consentement sera valide dès votre signature. Votre consentement pourra être révoqué ou annulé par une lettre de votre part. Votre consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé (art.14).

Signé le : _____ à _____

Nom et Prénom du client : _____

Signature du client :

Thérapeute en Relation d'Aide

Adresse
 Téléphone :
 Courriel :

