

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

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_ (ci après "le Thérapeute")  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS DU CLIENT

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_ (ci après "Vous")  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

### 1. LES PARAMÈTRES 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, une compréhension de son fonctionnement en relation avec lui et son entourage.

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.

### 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 votre médication, vos traitements allopathiques et aides psychologiques.
- 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 Vous menacez votre sécurité physique ou psychologique ou celle d'une autre personne.
- Si Vous vivez un problème majeur, représentant un risque grave et élevé pour vous-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.

Thérapeute en Relation d'Aide  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_



**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 vous ne pouvez pas vous présenter à votre 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. Il est entendu que Vous pouvez, en tout temps, choisir de mettre fin aux rencontres, 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

Thérapeute en Relation d'Aide  
 Adresse :  
 Téléphone :  
 Courriel :

