

Consentement Éclairé pour Soins Chiropratiques

Formulaire de consentement expliquant la nature, les risques et les avantages du traitement chiropratique, y compris la manipulation vertébrale

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse E-mail *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Nature du Traitement Chiropratique

Aperçu des Soins Chiropratiques :

Les soins chiropratiques impliquent le diagnostic et le traitement des conditions musculosquelettiques, principalement par l'ajustement manuel et la manipulation de la colonne vertébrale et d'autres articulations. Votre plan de traitement peut inclure :

- Ajustements vertébraux (manuels ou assistés par instruments)
- Mobilisation articulaire et thérapie des tissus mous
- Exercices thérapeutiques et étirements
- Stimulation électrique, ultrasons ou thérapie par laser froid
- Conseils en matière de style de vie et d'ergonomie

L'objectif des soins chiropratiques est de restaurer un alignement et une fonction corrects, de réduire la douleur et d'améliorer votre qualité de vie globale.

Risques et Avantages

Avantages Potentiels :

- Soulagement de la douleur et amélioration de la mobilité
- Réduction de l'inflammation
- Amélioration de la posture et de l'alignement vertébral
- Amélioration de la fonction du système nerveux
- Réduction de la dépendance aux médicaments contre la douleur

Risques Potentiels de la Manipulation Vertébrale :

Bien que les ajustements chiropratiques soient généralement très sûrs, certains risques incluent :

- Sensibilité temporaire ou inconfort dans la zone traitée (plus courant)
- Maux de tête ou fatigue suite au traitement
- Aggravation de la condition existante (temporaire)
- Spasme musculaire ou entorse
- Fracture de côte (rare, plus probable en cas d'ostéoporose)
- Hernie discale ou aggravation d'une condition discale existante (rare)
- Accident vasculaire cérébral ou dissection de l'artère vertébrale suite à une manipulation cervicale (cou) — ceci est extrêmement rare (estimé à 1 sur 1-5 millions d'ajustements) mais peut être grave

Alternatives aux Soins Chiropratiques :

- Médicaments en vente libre ou sur ordonnance
- Physiothérapie
- Massage thérapeutique
- Intervention chirurgicale
- Aucun traitement (avec risque d'aggravation de la condition)

Je reconnais avoir été informé des risques et avantages potentiels du traitement chiropratique, y compris le risque rare mais grave d'accident vasculaire cérébral associé à la manipulation cervicale.

Je comprends les risques et avantages décrits ci-dessus: _____

Je comprends les risques supplémentaires spécifiquement associés à la manipulation de la colonne cervicale et je consens à recevoir ce traitement si mon chiropraticien le juge approprié pour ma condition.

Je consens spécifiquement aux ajustements cervicaux (cou): _____

Droits du Patient

Vos Droits en tant que Patient :

1. Vous avez le droit de poser des questions sur tout traitement proposé à tout moment.
2. Vous avez le droit de refuser ou d'interrompre tout traitement à tout moment.
3. Vous avez le droit de demander un deuxième avis.
4. Vous avez le droit de connaître les qualifications de votre prestataire de traitement.
5. Vous avez le droit de demander une modification de votre plan de traitement.
6. Vous avez le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité de vos informations de santé.

Je confirme que je comprends mes droits en tant que patient, y compris le droit de refuser ou d'interrompre le traitement à tout moment.

Je reconnais mes droits tels que décrits ci-dessus: _____

Consentement et Signature

En signant ci-dessous, je confirme que j'ai lu ce formulaire de consentement éclairé dans son intégralité. Je comprends la nature des soins chiropratiques, les risques et avantages potentiels, ainsi que les alternatives disponibles. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je consens volontairement à recevoir des soins chiropratiques tel que recommandé par mon chiropraticien.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.