

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

La démarche naturopathique consiste à soulager et à prévenir la maladie en faisant appel à des méthodes naturelles qui stimulent la capacité d'autoguérison du patient.

Avant de décider de l'approche thérapeutique qu'il compte privilégier, le naturopathe prend soin d'analyser en détails les aspects physiques, psychologiques, émotifs et spirituels qui contribuent à l'état actuel de son patient. Il est donc très important d'informer immédiatement votre naturopathe de toute maladie dont vous souffrez ainsi que de l'ensemble des médicaments que vous prenez actuellement, qu'il s'agisse de médicaments en vente libre ou sur ordonnance. Votre naturopathe doit également savoir si vous êtes enceinte, ou soupçonnez de l'être, et si vous allaitez.

Le naturopathe utilise les approches suivantes : la médecine traditionnelle chinoise (excluant l'acupuncture), la botanique (herboristerie), la diététique et la nutrition clinique, l'hydrothérapie ainsi que l'homéopathie. Celles-ci peuvent parfois entraîner les effets suivants (liste non exhaustive) :

- Aggravation des symptômes pré-existant;
- Réaction allergique aux suppléments ou aux plantes.

J'accepte qu'un dossier soit tenu des recommandations qui me seront formulées. Ce dossier est absolument confidentiel et ne peut être divulgué que si la loi l'exige. Je comprends que j'ai le droit de demander à n'importe quel moment une copie de ce dossier, moyennant les frais de dossier fixés par Corpus diem.

Je comprends que mon naturopathe ne peut en aucun cas garantir le succès de son approche, ni prévoir tous les risques et complications qui y seraient associés. Dans ces conditions, je consens à être suivi(e) à l'aide des approches sus-mentionnées, excepté (indiquez si vous le souhaitez l'une ou plusieurs des thérapies mentionnées plus haut dont vous ne voulez pas bénéficier) \_\_\_\_\_

J'autorise le présent formulaire à couvrir l'ensemble de la démarche pour les soucis de santé qui m'amène à consulter aujourd'hui. Je comprends que je peux à tout moment me désister de cet accord et de ce fait arrêter la démarche lorsque je le souhaite.

Nom du patient:

---

Signature du patient ou de son tuteur:

---

Date:

---