



## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA PHYSIOTHÉRAPIE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE, À LA MANIPULATION ET À LA THÉRAPIE MANUELLE DE LA COLONNE CERVICALE

Initiales  
du tuteur/  
du patient

Nom du patient: \_\_\_\_\_  
Physiothérapeute traitant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Je suis conscient(e) que la manipulation (des articulations vertébrales et périphériques) est un mouvement passif de faible amplitude articulaire, exercé avec habileté, force minimale et haute vélocité. Ce mouvement est porté au-delà de sa limite physiologique, sans toutefois dépasser les limites au-delà desquelles l'intégrité anatomique pourrait être altérée. Le but de la manipulation est de restaurer la mobilité et la fonction articulaire.

\_\_\_\_\_ Je suis conscient(e) que des **risques** sont liés aux techniques de manipulation et de thérapie manuelle de la colonne cervicale qu'utilisent les physiothérapeutes membres de la « Canadian Academy of Manipulative Physiotherapy ». Ces risques sont notamment les suivants :

- \_\_\_\_\_ 1. Exacerbation et aggravation des symptômes tels que la douleur et de la raideur;
- \_\_\_\_\_ 2. Élongations ou entorses musculaires ou ligamentaires;
- \_\_\_\_\_ 3. Spasmes musculaires;
- \_\_\_\_\_ 4. Contusions;
- \_\_\_\_\_ 5. Étourdissement ou vertige;
- \_\_\_\_\_ 6. Dissection de l'artère vertébrale;
- \_\_\_\_\_ 7. Lésion d'un disque intervertébral, notamment provocation d'une hernie ou d'un bombement
- \_\_\_\_\_ 8. Fractures;
- \_\_\_\_\_ 9. Lésion médullaire, myélopathie, syndrome centromédullaire aigu post-traumatique, ou quadriplégie;
- \_\_\_\_\_ 10. Lésion ou atteinte neurologique, notamment les radiculopathies, paresthésies, engourdissements, fourmillements, picotements et douleur irradiée dans un membre supérieur;
- \_\_\_\_\_ 11. Accident vasculaire cérébral;
- \_\_\_\_\_ 12. Décès.

Je déclare avoir informé mon physiothérapeute de:

- \_\_\_\_\_ 1. Tous mes problèmes et préoccupations liés à mon état de santé (passé et actuel) y compris les maladies malignes et inflammatoires, les suspicions de fractures, l'ostéoporose et les troubles

mentaux;

2. Tous les médicaments que je prends actuellement ou qui m'ont été prescrits y compris les cortico-stéroïdes et les anticoagulants;

3. Tous les autres professionnels de la santé ou fournisseurs de soins que je consulte actuellement.

Je reconnais avoir discuté avec mon physiothérapeute :

1. Des caractéristiques et objectifs de la manipulation et des techniques de thérapie manuelle appliquées à la colonne cervicale;

2. Des bienfaits escomptés de la manipulation et des techniques de thérapie manuelle de la colonne cervicale parmi lesquels la réduction de la douleur et la restauration du mouvement et de la fonction articulaires;

3. **D'autres choix de traitements possibles;**

4. De ma condition médicale de consultation : de ses antécédents, de son diagnostic et des recommandations de traitement pour ladite condition;

5. Des conséquences liées à la non-application de la manipulation et des techniques de thérapie manuelle de la colonne cervicale;

6. Des **risques courants et significatifs encourus** de complications associées à la manipulation et aux techniques de thérapie manuelle de la colonne cervicales;

7. **Des risques graves** et des complications possibles, même si improbables;

8. **Des risques particuliers** et des complications possibles qui, même si ils sont rares, peuvent avoir une signification pertinente particulière pour moi; et

9. De toutes autres questions que je pourrais poser.

Je reconnais qu'on a répondu avec satisfaction à toutes mes questions.

Je reconnais qu'on ne m'a ni garanti, ni assuré les résultats que je pourrais obtenir.

Je reconnais être en droit de refuser la manipulation et les techniques de thérapie manuelle de la colonne cervicale, quels que soient les conséquences de mon refus et quels que soient les bienfaits ou la nécessité de tels traitements.

**Je consens et j'autorise** mon physiothérapeute, ou qui que ce soit qu'il peut désigner, à appliquer la manipulation et les techniques de thérapie manuelle de la colonne cervicale sur ma personne et je consens à procéder à un tel traitement.

Ce consentement s'applique à tous mes traitements actuels et futurs.

Je suis conscient(e) d'avoir en tout temps le droit de retirer mon consentement et de mettre fin au traitement.

J'atteste d'avoir lu ce consentement et avoir compris entièrement le contenu de ce consentement.

DATÉ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Signature du patient**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
**Nom du patient** (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
**Nom du témoin** (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur légal**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin**

\_\_\_\_\_  
**Nom du parent/tuteur légal** (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
**Nom du témoin** (caractères d'imprimerie)