



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À LA PHYSIOTHÉRAPIE MANUELLE ORTHOPÉDIQUE – À LA MANIPULATION ET À LA THÉRAPIE MANUELLE DE LA COLONNE DORSALE, LOMBAIRE ET DU BASSIN

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 :

Risques de la manipulation et de la thérapie manuelle de la colonne thoracique et des côtes:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- 1 Exacerbation et aggravation des symptômes dont l'augmentation de la douleur et de la raideur;
 2. Étirements ou entorses musculaires ou ligamentaires;
 3. Contusions ou spasmes musculaires;
 4. Lésions costales dont la fracture de côte;
 5. Lésion d'un disque intervertébral, notamment provocation d'une hernie ou d'un bombement
 6. Fractures vertébrales;
 7. Lésion médullaire ou myélopathie;
 8. Pneumothorax.

Risques de la manipulation et de la thérapie manuelle de la colonne lombaire et du bassin:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
1. Exacerbation et aggravation des symptômes dont l'augmentation de la douleur et de la raideur;
 2. Étirements ou entorses musculaires ou ligamentaires;
 3. Contusions ou spasmes musculaires;
 4. Lésion d'un disque intervertébral, notamment provocation d'une hernie ou d'un bombement
 5. Fractures vertébrales;
 6. Lésion médullaire ou myélopathie ou paraparésie;

- _____ 7. Syndrome ou symptômes de la queue de cheval y compris risque de perte du contrôle anal ou vésical.
- _____ 8. Lésion ou atteinte neurologique dont la radiculopathie, la paresthésie, l'engourdissement, les fourmillements, picotements et la douleur irradiée dans un membre inférieur;
- _____ 9. Paraplégie.

Je déclare avoir informé mon physiothérapeute de:

- _____ 1. Tous mes problèmes et préoccupations liés à mon état de santé (passés et actuels) 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 dorsale, aux côtes, à la colonne lombaire et au bassin;
- _____ 2. Des bienfaits escomptés de la manipulation et des techniques de thérapie manuelle de la colonne thoracique, des côtes, de la colonne lombaire, des sacro-iliaques et du pelvis 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. Des antécédents de ma condition médicale de consultation, du diagnostic de ma condition médicale 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 dorsale, des côtes, de la colonne lombaire et du bassin;
- _____ 6. Des **risques courants et significatifs encourus** de complications associées à la manipulation et aux techniques de thérapie manuelle de la colonne dorsale, des côtes, de la colonne lombaire et du bassin;
- _____ 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 que j'ai le droit de refuser la manipulation et les techniques de thérapie manuelle de la colonne dorsale, des côtes, de la colonne lombaire et du bassin, sans égards aux conséquences et aux bienfaits ou à la nécessité de tels traitements.

_____ **Je consens et j'autorise** mon physiothérapeute, ou qui que ce soit qu'il peut désigner, à appliquer sur ma personne la manipulation et les techniques de thérapie manuelle de la colonne dorsale, des côtes, de la colonne lombaire, et du bassin, 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 avoir lu ce consentement et avoir tout compris 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)