



Consentement aux soins d'acupuncture

Acupuncture HomeostaQi

1. Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (j / m / a) Téléphone : _____

2. Identification de l'acupuncteur traitant

Nom : Daniel Simoneau Drolet No de permis OAQ : A-011-26

Pratique : Acupuncture HomeostaQi — visites à domicile, région de Québec

3. Nature et objectif des soins

Je soussigné(e), patient(e) identifié(e) ci-dessus, reconnais que l'acupuncteur traitant m'a expliqué, dans des termes que je comprends :

- son **évaluation de mon état de santé** selon les termes de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) ;
- la **nature et l'objectif** des traitements d'acupuncture recommandés ;
- le **déroulement prévu** des rencontres (durée et récurrence des visites) ;
- les **interventions envisagées** parmi celles décrites à la section 4.

Raison de consultation : _____

4. Interventions pouvant être utilisées

Selon l'évolution de mon état, les interventions suivantes peuvent faire partie des traitements. Toute technique particulière utilisée pour la première fois me sera expliquée avant son application et mon accord sera demandé à nouveau :

- Aiguilles d'acupuncture stériles à usage unique
- Chaleur / moxibustion (moxa)
- Ventouses
- Massage thérapeutique Tui Na et acupression
- Gua Sha
- Saignée (micro-saignée)
- Aiguille « fleur de prunier »
- Laser thérapeutique de basse intensité (photobiomodulation, sans aiguille)
- Autre : _____

5. Risques et effets secondaires

J'ai été informé(e) des risques reconnus associés aux traitements d'acupuncture, notamment :

- **Effets généraux** : fatigue passagère, céphalée, étourdissement léger ;
- **Effets spécifiques** : ecchymoses, saignement mineur au point de puncture, sensation d'engourdissement, douleur au site d'insertion, brûlure légère (moxa), marques temporaires (ventouses, Gua Sha) ; pour le laser : protection oculaire requise pendant l'application (ne jamais regarder le faisceau).

Ces effets sont généralement bénins et transitoires. L'acupuncteur a répondu à mes questions à leur sujet.

6. Examen physique et dévêtement partiel

Je comprends que l'examen clinique et les traitements peuvent nécessiter un **dévêtement partiel** ainsi qu'un **examen physique** incluant la palpation de certains points ou zones du corps. L'acupuncteur fournit le nécessaire pour me couvrir et respecte ma pudeur en tout temps. Mon accord sera demandé avant tout examen ou traitement touchant une zone plus délicate.

7. Consentement continu et droits du patient

Je comprends que :

- mon consentement est un **processus continu** : il sera revalidé au fil des rencontres, notamment lorsqu'une intervention est utilisée pour la première fois ou que les soins sont adaptés à l'évolution de mon état ;
- je peux **poser des questions en tout temps** et obtenir les explications nécessaires (art. 27, Code de déontologie des acupuncteurs) ;
- je peux **retirer mon consentement ou cesser les traitements en tout temps**, par avis écrit ou verbal, sans préjudice ;
- le présent formulaire est **versé à mon dossier** d'acupuncture.

8. Consentement et signature

En signant ce formulaire, je confirme avoir reçu et compris les explications ci-dessus, avoir eu l'occasion de poser mes questions, et consentir librement, sans contrainte, aux soins d'acupuncture proposés.

Signature du patient / de la patiente : _____ Date : ____ / ____ / ____

Signature de la personne habilitée (si mineur de moins de 14 ans ou inapte) :

Titre / lien avec le patient : _____

Signature de l'acupuncteur traitant : _____ Date : ____ / ____ / ____

Ce formulaire doit être versé au dossier du patient. Une copie peut être remise sur demande.

Réf. : Code de déontologie des acupuncteurs (art. 27) ; Guide La rédaction et la tenue des dossiers par les acupuncteurs, Annexe 3 — Consentement aux soins ; Règlement sur les effets, les cabinets et autres bureaux des acupuncteurs (A-5.1, r. 5) — Ordre des acupuncteurs du Québec.