CLINIQUE SPORT SANS LIMITE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS DE SANTÉ

1. Identification de l'élève

Nom de l'élève : _____

Date de naissance (aaaa-mm-jj) : _____

Âge à la date de signature : _____

Niveau / classe : _____

Sport-Études : _____

Adresse courriel de l'athlète : _____

Adresse courriel du parent : _____

Numéro de téléphone parent 1 : _____

Numéro de téléphone parent 2 : _____

2. Nature des services offerts

Les services de thérapie du sport peuvent inclure, selon les besoins de l'élève : l'évaluation d'une blessure ou d'une limitation physique, des traitements manuels, des exercices de réadaptation ou de renforcement, des conseils de prévention des blessures, et le suivi de la progression. Le ou la thérapeute explique les soins proposés, leurs bénéfices anticipés, ainsi que les risques ou inconvénients raisonnablement prévisibles, avant d'obtenir le consentement.

3. Consentement aux soins — règles applicables selon l'âge

Conformément au Code civil du Québec (art. 14 à 17), les règles suivantes s'appliquent :

- Un mineur âgé de 14 ans ou plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé. Le titulaire de l'autorité parentale doit toutefois en être informé par le professionnel si les soins nécessitent un séjour de plus de 12 heures dans un établissement (situation peu probable dans le présent contexte).
- Un mineur âgé de moins de 14 ans ne peut consentir seul : le consentement doit être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.
- Dans tous les cas, un consentement peut être retiré à tout moment, verbalement ou par écrit, sans avoir à en justifier le motif.

Cocher la case applicable :

☐ L'élève a 14 ans ou plus et consent lui-même aux soins décrits ci-dessus (section 3.1 ci-dessous).

☐ L'élève a moins de 14 ans : le consentement est donné par le parent ou le tuteur (section 3.2 ci-dessous).

3.1 Consentement de l'élève (14 ans et plus)

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) de la nature des soins proposés, de leurs bénéfices ainsi que des risques et inconvénients possibles, et je consens librement à recevoir ces soins.

3.2 Consentement du parent ou du tuteur (moins de 14 ans)

Je, soussigné(e), agissant à titre de parent ou de tuteur de l'élève nommé(e) à la section 1, déclare avoir été informé(e) de la nature des soins proposés, de leurs bénéfices ainsi que des risques et inconvénients possibles, et je consens, au nom de l'élève, à ce que ces soins lui soient donnés.

CLINIQUE SPORT SANS LIMITE

4. Protection des renseignements personnels (Loi 25)

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (Loi 25), les renseignements personnels et de santé recueillis dans le cadre du présent formulaire et du suivi thérapeutique sont traités comme suit :

- Finalité : les renseignements sont recueillis uniquement pour évaluer, traiter et suivre l'état de santé de l'élève dans le cadre des services de thérapie du sport offerts en vertu du contrat conclu avec l'établissement scolaire.
- Consentement distinct : le consentement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels est distinct du consentement aux soins ci-dessus et peut être retiré séparément, sans affecter la prestation des soins déjà autorisés.
- Partage limité : les renseignements ne sont partagés qu'avec le personnel scolaire directement concerné (p. ex. direction, infirmerie) lorsque cela est nécessaire à la sécurité de l'élève, ou avec un autre professionnel de la santé avec le consentement de la personne autorisée.
- Conservation : les dossiers sont conservés de façon sécuritaire pour la durée prévue par les obligations professionnelles applicables, puis détruits de façon sécuritaire.
- Droits : la personne concernée (ou le titulaire de l'autorité parentale, selon l'âge) peut demander l'accès à son dossier, en demander la rectification, retirer son consentement à la collecte de renseignements, ou déposer une plainte auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec.
- Responsable de la protection des renseignements personnels : le ou la thérapeute traitant agit à ce titre pour les fins du présent contrat, sauf indication contraire de l'établissement scolaire.

☐ Je consens à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels (ou ceux de l'élève dont j'ai la responsabilité) selon les modalités décrites ci-dessus.

5. Autorisation de transmission des renseignements

J'autorise le ou la thérapeute à transmettre les renseignements pertinents concernant l'état de santé et le suivi de l'élève aux personnes ou catégories de personnes suivantes, lorsque nécessaire à la continuité ou à la sécurité des soins :

☐ Le personnel de l'école directement concerné (direction, infirmière scolaire, enseignant d'éducation physique)

☐ L'entraîneur ou l'entraîneuse sportive de l'élève

☐ Le parent ou le tuteur (si l'élève a 14 ans ou plus et consent lui-même aux soins)

☐ Un autre professionnel de la santé impliqué dans le suivi de l'élève (ex. médecin, physiothérapeute)

☐ Aucune transmission autorisée, sauf urgence ou obligation légale

☐ Autre(s) personne(s) (préciser ci-dessous)

Personnes autorisées additionnelles

Nom : _____

Lien avec l'élève / rôle : _____

Nom : _____

Lien avec l'élève / rôle : _____

Cette autorisation peut être modifiée ou retirée en tout temps, verbalement ou par écrit, sans affecter les soins déjà en cours.

6. Questionnaire de santé

CLINIQUE SPORT SANS LIMITE

À remplir par l'élève (14 ans et plus) ou par le parent/tuteur (moins de 14 ans), au meilleur de sa connaissance.

Antécédents médicaux et allergies

Allergies (médicaments, latex, autres) : _____

Conditions médicales chroniques (ex. asthme, diabète, épilepsie) : _____

Chirurgies antérieures (nature, date) : _____

Médicaments pris actuellement : _____

Conditions particulières à signaler

- ☐ Problème cardiaque
- ☐ Problème respiratoire (ex. asthme)
- ☐ Épilepsie ou convulsions
- ☐ Diabète
- ☐ Trouble de la coagulation / prise d'anticoagulants
- ☐ Aucune condition particulière à signaler
- ☐ Autre (préciser ci-dessous)

Précisions : _____

<u>Blessure ou douleur actuelle</u>

Localisation de la douleur ou de la blessure : _____

Depuis quand : _____

Circonstances (accident, effort répété, etc.) : _____

Intensité de la douleur (0 à 10) : _____

Traitements déjà reçus pour ce problème : _____

<u>Antécédents de blessures sportives</u>

Blessures sportives antérieures (type, date, séquelles) : _____

Activité physique et sportive

Sport(s) pratiqué(s) : _____

Niveau (récréatif, compétitif, élite) _____

Fréquence d'entraînement (par semaine) : _____

Autres renseignements pertinents

Autres informations à communiquer au thérapeute : _____

7. Signatures

Date de signature : _____

_____ _____

Signature de l'élève (si 14 ans ou plus) | Signature du parent ou tuteur (si moins de 14 ans)

_____ _____

_____

Nom en lettres moulées

Lorsque complété, merci d’envoyer le formulaire à l’adresse courriel suivante : mr@cliniquesportsanslimite.com