



ASSOCIATION DE PROTECTION CHIROPATIQUE CANADIENNE

Consentement éclairé à un traitement chiropratique FORMULAIRE L.Q

Il existe des risques associés aux techniques de thérapie manuelle employées par les docteurs en chiropratique. Ainsi :

- a) Bien que cela soit rare, certains patients peuvent ressentir une aggravation temporaire de leurs symptômes ou subir des foulures ou des entorses Musculaires ou ligamentaires à la suite d'une telle thérapie. De plus, bien que cela ne soit pas fréquent, on a parfois observé des côtes fracturées;
- b) Des cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été signalés en association avec une visite chez un docteur en médecine ou un chiropraticien. Toutefois, aucune étude ou preuve scientifique n'a établi de relation de cause à effet entre un traitement chiropratique et l'AVC. Les études les plus récentes indiquent plutôt que ces patients ont consulté le médecin ou le chiropraticien alors qu'ils en étaient aux premiers stades d'un AVC. Autrement dit, l'AVC était déjà en cours. Nous vous informons de cette association alléguée parce qu'un AVC peut causer des troubles neurologiques graves et même la mort. Il est cependant extrêmement improbable qu'un ajustement des cervicales supérieures entraîne de telles lésions;
- c) De rares cas de lésions aux disques ont été signalés suite à un ajustement des vertèbres cervicales ou lombaires, bien qu'aucune preuve scientifique n'ait démontré que ces lésions soient causées par des ajustements vertébraux ou par un autre traitement chiropratique;
- d) Des cas peu fréquents de brûlures ou d'irritation cutanée ont été signalés en association avec l'utilisation de certains types de thérapie électrique offerte par certains chiropraticiens.

Je reconnais avoir lu ce formulaire de consentement et j'ai discuté avec mon chiropraticien (ou on m'a donné l'occasion de le faire) de son contenu, de la nature et du but du traitement chiropratique en général (y compris les ajustements vertébraux), des possibilités de traitement et des recommandations relatives à mon état.

Je consens au traitement chiropratique qui m'est recommandé par mon chiropraticien, y compris à tout ajustement vertébral.

J'accepte que le présent consentement s'applique à tous mes soins chiropratiques, présents et futurs.

Daté ce _____ jour du mois de _____ 20_____.

Signature du patient (ou du tuteur)

Témoin de la signature

Nom : _____
(En lettres moulées SVP)

Nom : _____
(En lettres moulées SVP)