**Consentement musculosquelettique**

|  |
| --- |
| ***Nom : Profession :*** |
| Adresse complète: |
| Courriel : Téléphone 1 : |
| **Qui vous réfère**: Téléphone 2 : |
| **Préciser l’endroit et le côté douloureux:** |
| **OUI NON**  **Avez-vous des problèmes**  **de santé?**   Si oui, précisez :   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  |   **Allergie**    Si oui, précisez :   |  |  | | --- | --- | |  |  | |

**Consentement aux soins :**

L'échographie diagnostique ciblée et l'échoguidage d'une infiltration sont des services non assurés par la RAMQ. Les frais d’échographie vous seront facturés personnellement sans aucune prétention que ceux-ci seront remboursable par la RAMQ, la CNESST ou un assureur privé. Il en est de même pour les soins de prolothérapie et les médicaments utilisés pour ceux-ci. Le service d'échographie est sans frais dans les établissements publics. Malgré notre expertise aucune garantie de résultat ou de satisfaction ne peut être donnée.

Les risques temporaires liés aux infiltrations peuvent être une douleur au site d’injection et des bouffées de chaleur. Très rarement une allergie, une infection ou une déchirure tendineuse locale est possible. Un repos de l’articulation pour deux jours est recommandé après une infiltration.

Les risques de ne pas faire d’infiltration sont la douleur persistante, la diminution de mouvement, la destruction des structures par l’inflammation chronique et la rupture tendineuse. Les alternatives à l’infiltration sont les traitements physiques, la médication et la chirurgie.

**Communication de renseignements :**

J’autorise la clinique à collecter mes renseignements personnels et médicales, à communiquer avec moi concernant ses services et à m’informer de mes résultats d’examens diagnostiques pour toute la durée des soins requis au sein de la clinique.

J’autorise la clinique à communiquer mes informations personnelles et médicales en lien avec mes motifs de consultation, aux professionnels de la santé participants à la continuité de mes soins. Par exemple : médecin traitant ou spécialiste, audiologiste, chiropraticien, ostéopathe ou physiothérapeute.

**Signature** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_