



## CONSENTEMENT IRRIGATION COLONIQUE

**Vous recevrez aujourd'hui une irrigation du côlon. En tant que client:**

VOUS CONFIRMEZ:

- vous être présenté sous votre nom véritable pour recevoir les soins prodigués par votre thérapeute.
- que le motif de votre visite est de recevoir les soins prodigués par votre thérapeute - sans aucune pression de sa part.
- qu'il est de votre responsabilité d'informer votre thérapeute sur votre état de santé avant de procéder à l'irrigation du côlon.
- ne présenter **aucune des contre-indications suivantes AVANT** de recevoir votre soin en irrigation du côlon i.e.:
  - hémorroïdes sévères, saignantes, enflées et/ou en phase aigüe
  - fissures, saignements anaux ou fistules sévères en phase aigüe
  - ulcère intestinal
  - diverticulite en phase aigüe
  - maladie de Crohn
  - intervention chirurgicale récente du côlon
  - haute tension artérielle (HTA) sévère non contrôlée
  - cancer du côlon
  - grossesse
  - syncope congestive d'origine cardiaque, troubles cardiaques
  - faiblesse rénale

VOUS COMPRENEZ:

- que votre thérapeute ne peut en aucun cas poser de diagnostic médical. Toutefois, il peut utiliser le vocabulaire médical à des fins d'explications SEULEMENT.
- que votre thérapeute doit vous guider à faire vous-même l'insertion de la canule dans le rectum.
- que vous ne pouvez demander à votre thérapeute de fausser une déclaration, un rapport ou tout autre document relatif à un service offert.

**AVERTISSEMENT: L'hygiéniste du côlon ne fait pas partie du corps médical** et donc, ne peut offrir de diagnostic, conseils, recommandations et prescriptions, ou intervenir de quelque façon que ce soit dans une situation nécessitant une intervention relevant des autorités médicales. Si un client consulte l'hygiéniste pour un problème de santé, il est de la responsabilité de l'hygiéniste de l'informer sur le fait que le soin prodigué n'a pas pour objectif de corriger ou enrayer une pathologie et dès lors de rediriger le client vers les autorités médicales. Votre thérapeute ne peut poser d'acte médical (comme prescrire des drogues pharmaceutiques) ou vous inciter, de quelque manière que ce soit, à cesser ou modifier la prise de médicaments qui vous a été prescrite par votre professionnel de la santé. SEUL LE MÉDECIN DU CLIENT EST EN MESURE DE DÉBUTER, CESSER OU MODIFIER LA MÉDICATION ET/OU LES SOINS QUI ONT ÉTÉ PRESCRITS.

Signé le: \_\_\_\_\_  
(date)

Signature du client: \_\_\_\_\_

Nom du client \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées)

Signature du thérapeute: \_\_\_\_\_