

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ



La thérapie myofonctionnelle se décrit comme étant une ergothérapie interceptive et préventive. Elle a pour but de rééduquer les muscles orofaciaux incluant la position de la langue au repos, la déglutition, la mastication et la respiration nasale.

Je comprends qu'il n'y a aucun risque documenté à ce jour associé à la thérapie myofonctionnelle.

Je comprends que la thérapie myofonctionnelle a ses limites et qu'il est possible d'avoir recours à un autre professionnel de la santé, lesquelles ne sont pas inclus dans le prix de la thérapie myofonctionnelle :

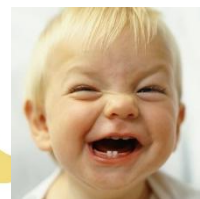
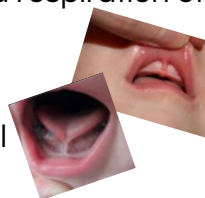
- o Possibilité de référer chez le médecin et/ou l'ORL
- o Possibilité de référer chez l'orthophoniste
- o Possibilité de référer chez l'orthodontiste ou autres professionnels dentaire
- o Possibilité de référer chez le chiro, ostéo, allergologue, psychologue, ect...
- o Possibilité de frénectomie labiale et/ou linguale

Aucune garantie ne peut être obtenue puisque le succès dépend de plusieurs facteurs comme :

- ∴ la motivation et l'engagement actif de la personne;
- ∴ les conditions médicales sous-jacentes (ex : troubles neurodéveloppementaux (Dysphagie, TSA, ect...), trouble d'intégration sensorielle) et la génétique;
- ∴ et bien d'autres variables individuelles....

Afin d'optimiser l'évaluation myofonctionnelle de votre enfant, veuillez me fournir certaines photos spécifiques listées ci-dessous et les faire parvenir à mon adresse courriel professionnel. Soyez assuré que chaque photo sera traitée de façon confidentielle et ne sera en aucun cas utilisée sans votre consentement explicite. Je vous invite aussi à porter une attention particulière à la respiration et l'alimentation de votre enfant.

- ☐ Visage de l'enfant de face
- ☐ L'enfant lorsqu'il dort, de la tête au nombril
- ☐ Freins buccaux



La thérapeute se réserve le droit de suspendre les suivis si nécessaire. Des frais administratifs de 20 \$ seront facturés pour le déplacement d'un rendez-vous reporté à plus de deux reprises. Pour des résultats optimaux, **faites de la thérapie myofonctionnelle votre priorité**.

Ce consentement est signé de façon libre et volontaire, et en toute connaissance de cause.

X

Signature du parent ou tuteur

Date : jj/mm/aaaa

(Conditions générales)
INFORMATIONS IMPORTANTES:



Facture : Le client s'engage à payer sa facture, soit un montant fixe selon le type de service, à la fin de chaque rendez-vous.

****** Pour les assurances privées, je vous remets un formulaire que vous devez compléter et envoyer à votre assureur. Il est primordial de se rappeler que, quels que soient les remboursements de l'assurance, la thérapie myofonctionnelle revêt une grande importance pour votre santé bucco-dentaire et votre bien-être général. Elle peut avoir un impact significatif sur votre respiration, votre déglutition et de votre mastication (et digestion). Faites-le pour vous, vous le méritez !

Modes de paiement : Les paiements seront effectués à H.D thérapeute myofonctionnelle par virement Interac seulement. Aucun chèque, carte de crédit ou de débit ne sera accepté.

****** Pour virement Interac, le faire à l'adresse courriel myriamhdentmf@gmail.com. Aucun mot de passe n'est nécessaire.

Modifier un rendez-vous : Pour tout rendez-vous manqué ou annulé sans préavis raisonnable d'au minimum 24h, se verra dans l'obligation de payer la somme de 35\$ à titre de dédommagement. Votre présence aux rendez-vous est primordiale dans la réussite de chaque traitement.

Loi 25 : Consentement à la Collecte, à la Communication et à l'Utilisation de Données Personnelles Je, soussignée Myriam Savaria-Audette, hygiéniste dentaire thérapeute myofonctionnelle, souhaite vous informer et obtenir votre consentement concernant la collecte, la communication et l'utilisation de vos données personnelles dans le but de fournir des services de thérapie myofonctionnelle de bonne qualité. Cela comprend la gestion de votre dossier médical et la communication d'observations et de recommandations de traitement lorsque cela est nécessaire. Vos données sont également utilisées à des fins de facturation et de suivi administratif. Votre vie privée et la sécurité de vos informations personnelles sont de la plus haute importance pour moi.

Ce document doit être signé sur copie imprimée, photographié et retourné à l'entreprise en guise de copie conforme au dossier.

X _____
Signature du parent ou tuteur

Date : jj/mm/aaaa