

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.

À la suite de l'évaluation de _____, en date du ____ - ____ - ____ je m'engage à respecter les directives et consens au traitement myofonctionnel.

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 :

- Possibilité de référer chez le médecin et/ou l'ORL
- Possibilité de référer chez l'orthophoniste
- Possibilité de référer chez l'orthodontiste ou autres professionnels dentaire
- Possibilité de référer chez le chiro, ostéo, allergologue, ect...
- Possibilité de référer chez le psychologue
- 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;
- ∴ la fréquence et la régularité des exercices pratiqués;
- ∴ les parafonctions;
- ∴ les conditions médicales sous-jacentes (ex : troubles neurodéveloppementaux (Dyspraxie, TSA, ect...), trouble d'intégration sensorielle) ou la génétique;
- ∴ la coopération du client et le soutien de son entourage;
- ∴ et bien d'autres variables individuelles....

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 client Date : jj/mm/aaaa

X _____
Signature du parent ou tuteur
(si le client est mineur) Date : jj/mm/aaaa

X _____
Signature du thérapeute Date : jj/mm/aaaa