

## Consentement éclairé écrit du·de la patient·e

Veuillez lire attentivement ce formulaire et veuillez demander s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas ou que vous aimeriez savoir.

**La chiropratique est une profession médicale universitaire. Les thérapies prodiguées sont généralement bien tolérée par les patients, avec peu d'effets secondaires. La chiropratique s'occupe principalement du diagnostic, de la prévention et du traitement des dysfonctionnements du système musculo-squelettique et de la gêne qui en résulte. Effets secondaires possibles d'un traitement chiropratique, en particulier la manipulation articulaire spécifique :**

- les effets secondaires les plus courants sont des douleurs et des tensions localisées dans la zone traitée, qui disparaissent dans les 24-48 heures.
  - une fatigue, plus rarement des vertiges, des nausées et des bourdonnements d'oreilles peuvent survenir pendant une courte période.
  - des complications graves suite à la manipulation de la colonne cervicale (lésions du système nerveux et vasculaire) ont été documentées dans la littérature dans des cas isolés (environ 1x par 1-5 millions de traitements). Cependant, des études scientifiques plus récentes n'ont pas pu confirmer une relation de cause à effet directe.
  - chez les patients ayant une densité osseuse réduite (par exemple, ostéoporose), il existe un risque accru de fracture des côtes.
- J'ai été informé·e par le·la chiropraticien·ne soussigné·e du diagnostic, des objectifs, du déroulement du traitement, des effets attendus, des avantages et inconvénients éventuels et des risques possibles.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai informé le·la chiropraticien·ne de mes facteurs de risques connus.
- Le·la chiropraticien·ne a répondu à mes questions.
- Je n'ai plus de question, je suis suffisamment informé·e et consens au traitement.

### Patient·e :

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu, date : Zürich .....

Signature du·de la patient·e : .....

*(pour les mineurs, signature de la représentante légale ou du représentant légal)*

### Confirmation du·de la chiropraticien·ne :

Je certifie avoir expliqué la nature, la signification et la portée du traitement à ce·tte patient·e.

Lieu, date : Zürich .....

Signature du·de la chiropraticien·ne : .....