

Consentement pour les sessions de psychothérapie par vidéo ou téléphonique

Vanessa Dulgar, MEd, RP
416 342-3833 | vdulgar@arcora.ca

Notez que ce formulaire est spécifique à Vanessa Dulgar, MEd, RP – il est distinct du formulaire de consentement d'Arcora, que les clients doivent remplir avant d'accéder à des services de consultation par Arcora.

ADHÉSIONS PROFESSIONNELLES

- Psychothérapeute inscrit, Collège des psychothérapeutes inscrits de l'Ontario (CRPO 009506).
- Association ontarienne des professionnels de la santé mentale (OAMHP 7189-G).

HEURE DES RENDEZ-VOUS/ABSENCE ET ANNULATION TARDIVE

Chaque rendez-vous est prévu pour 50 minutes, ce qui me laisse le temps (les 10 dernières minutes) de réserver notre prochaine séance ensemble et de prendre des notes. Si je commence tard, nous serons toujours ensemble pendant 50 minutes. Si vous êtes en retard pour un rendez-vous, nous terminons la séance à l'heure de fin prévue (c.-à-d. aucun temps supplémentaire ne peut être accordé pour compenser pour le temps perdu).

Je vous accorde habituellement une période de grâce de 15 minutes pour vous présenter à une séance vidéo ou téléphonique, ou pour me rappeler si vous avez manqué mon appel. Si aucun suivi n'est effectué dans ce délai, le rendez-vous est considéré comme une absence.

Le coût des sessions est couvert par Arcora. Arcora paiera un droit de non-présentation/d'annulation tardive qui compte pour le total des heures de service attribuées au votre plan et ne peut donc pas dépasser les heures disponibles du plan. Tout autre rendez-vous manqué, modifié ou annulé avec moins de 24 heures d'avis vous est facturé directement au prix de 100 \$ par séance.

NOMBRE DE SESSIONS/COÛT

Puisque vous venez me voir à travers votre programme d'aide aux employés (PAE), il y a un nombre limité de séances préapprouvées par votre assureur ou votre employeur. Veuillez noter que si, pour une raison quelconque, vous arrêtez nos séances sans m'en informer d'avance, je ne peux pas assumer la responsabilité de votre santé mentale et de votre bien-être après.

Le coût des séances est couvert par votre PAE. Toutefois, si vous souhaitez continuer à recevoir des services au-delà du temps préapprouvé, vous êtes toujours invités à travailler avec moi en pratique privée pour une somme qui peut être discutée si nécessaire et selon vos besoins.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Votre thérapeute respecte le *Code canadien d'éthique des psychothérapeutes* et *LPRPDE* afin de protéger vos renseignements, y compris votre date de naissance, nom, adresse, coordonnées, milieu familial, antécédents médicaux et origine ethnique. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les modifier en tout temps. Les renseignements sont partagés uniquement avec votre consentement ou selon la loi. Seules les informations nécessaires sont recueillies, stockées électroniquement avec un cryptage au niveau de la banque et verrouillées en toute sécurité sur papier. Les dossiers sont conservés pendant 10 ans après votre dernier contact et ensuite détruits en toute sécurité.

CONFIDENTIALITÉ

Les thérapeutes doivent respecter une stricte confidentialité en vertu de la loi et des normes éthiques, mais peuvent divulguer des informations sans consentement dans certaines situations:

1. **Abus/négligence:** Signaler à une association d'aide à l'enfance les cas de mauvais traitements ou de négligence présumés envers un enfant de moins de 16 ans, ainsi que le danger pour les résidents des maisons de soins infirmiers ou de retraite aux autorités compétentes.
2. **Abus sexuel par un professionnel de la santé:** Signaler le harcèlement ou l'abus sexuel commis par un autre professionnel de la santé à l'organisme de réglementation compétent.
3. **Préjudice à soi-même ou aux autres:** Agissez si vous risquez de vous faire du mal ou de nuire à d'autres personnes, ce qui peut comprendre le contact avec des contacts d'urgence, la demande d'hospitalisation ou l'avis aux autorités.
4. **Ordonnance du tribunal:** Se conformer aux assignations à comparaître pour fournir des dossiers ou témoigner devant le tribunal.
5. **Vérification du Collège et du gouvernement:** permettre l'examen des notes cliniques par l'Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario pendant les vérifications, avec protection de la confidentialité
6. **Maladie, blessure ou décès du thérapeute:** un collègue peut accéder à votre dossier pour vous informer des interruptions de traitement.

VOS DROITS EN TANT QUE CLIENT

Mes services seront professionnels, légaux et éthiques. Si jamais vous n'êtes pas satisfait pour n'importe quelle raison, communiquez avec moi ou avec la directrice Clinique au estordy@arcora.ca. Vous pouvez également vous parler à [l'Ordre des psychothérapeutes de l'Ontario](#).

ACCORD ET SIGNATURE

En signant ce formulaire de consentement, vous comprenez et acceptez tous ces conditions. La non-conformité peut mettre fin à notre relation professionnelle.

- Mes questions ont été répondues.
- Je consens à l'évaluation/la thérapie et je peux arrêter à tout moment.
- J'accepte les conditions de traitement et les limites de confidentialité.
- Je peux revoir les politiques d'Arcora pour me renseigner avec mon thérapeute.
- Mon dossier clinique est conservé en toute sécurité pour protéger ma confidentialité.
- Le traitement est probablement bénéfique, mais non garanti; des références externes seront fournies au besoin.
- La psychothérapie consiste à discuter des problèmes avec un(e) thérapeute qui me soutient.
- Discuter des problèmes peut être pénible, mais je peux retirer et recevoir d'autres références si désirées.

Nom du client : _____

Numéro de téléphone du client : _____

Le présent contrat est en vigueur
à compter dès le (date) : _____

Signature du client : _____

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de lire et de signer ce formulaire de consentement. J'ai hâte de vous guider à travers votre cheminement thérapeutique de guérison.

Veuillez envoyer les **deux pages** du formulaire dûment rempli par courriel à vdulgar@arcora.ca