# Exemple de formulaire de consentement

## LA RÉDUCTION DES MÉFAITS ET L’INTÉGRATION POUR LES PSYCHÉDÉLIQUES

### Participation

Je comprends que la réduction des méfaits et l’intégration pour les psychédéliques est une intervention brève et non des thérapies à long terme, par conséquent mon/ma thérapeute n'assume pas la responsabilité de mes soins sur une base continue. En tant que tel, je comprends et confirme que :

* Ce formulaire est pour la réduction des méfaits et l'intégration pour les psychédéliques qui est une approche de traitement. Il existe de nombreuses autres options de traitement et de thérapie qui pourraient bénéficier aux client•e•s en conjonction avec ce traitement.
* Je comprends que le/la thérapeute ne promeut ni n'approuve l'utilisation de psychédéliques. L'intention des services de réduction des méfaits et l’intégration pour les psychédéliques est d'atténuer les effets indésirables et de maximiser les avantages. Le choix d'utiliser ou non des psychédéliques relève de la responsabilité et du choix des client•e•s.
* Je ne souffre d'aucune condition médicale ou psychiatrique qui pourrait être interprétée comme une contre-indication aux psychédéliques ou à la réduction des méfaits et l'intégration pour les psychédéliques.
* J'ai été pleinement informé et j'ai eu l'occasion de poser des questions sur les effets indésirables potentiels connus des psychédéliques et sur la réduction des méfaits et l'intégration pour les psychédéliques.
* J'assume la responsabilité d'aller chercher du support auprès d’un•e fournisseur•se de soins primaires et/ou à un service de santé mentale ou à d'autres soutiens sociaux avant, pendant et après ce programme. En cas de crise ou d'urgence, je me rendrai à la salle d'urgence la plus proche. Je suis responsable de connaitre comment accéder aux services d'urgence dans mon emplacement physique.
* Je comprends que le•la thérapeute conservera mes dossiers pendant la période de temps requise par leur ordre de réglementation et que les communications électroniques peuvent être incluses dans le cadre de ce dossier client.
* Je comprends que mon emplacement physique au moment de la séance expérientielle, d'autres séances, des courriel sou des communications téléphoniques peuvent entraîner des exigences de confidentialité spécifiques et des exigences légales/législatives connexes.
* Je confirme que si je suis en ligne, je me connecterai toujours aux sessions depuis la ville/village/communauté indiquée comme faisant partie de mon adresse sur le formulaire d'évaluation. Si je dois me connecter à partir d'une autre province/état/pays, j'accepte la responsabilité d'en informer le thérapeute avant la séance.
* Je reconnais que [votre organisation] n'est pas responsable de mes soins de santé et n'a aucune responsabilité concernant mes soins de santé.

Veuillez noter que vous devez consentir à ce qui précède pour participer à une thérapie de réduction des méfaits et d’intégration pour les psychédéliques.

□ J’accepte Initiales: \_\_\_\_\_

### Confidentialité

#### LIMITES À LA CONFIDENTIALITé

[ORGANISATION] reconnaît que la confidentialité et la vie privée des client•e•s sont d'une grande priorité et le restera dans la mesure du possible. Toutes les communications entre vous et les fournisseur•euse•s de soins de santé facilitant vos séances de réduction des méfaits et l’intégration pour les psychédéliques sont confidentielles, à l'exception des actions qui sortent de ces limites. Les circonstances dans lesquelles un•e fournisseur•euse de soins est tenu•e par la loi de violer votre confidentialité comprennent :

1. Vous exprimez un risque de préjudice pour vous-même et/ou pour les autres
2. Vous risquez de nuire à un enfant (par des actes d'omission ou de commission tels que la négligence ou la maltraitance)
3. Vous avez une conduite à risque (par exemple, en état d'ébriété)
4. Vous signalez avoir été maltraité par un médecin ou un•e fournisseur•euse de soins de santé.

Je comprends que dans les circonstances ci-dessus, il est obligatoire que les fournisseur•euse•s de soins de santé prennent les mesures appropriées comme indiqué s'il est tenu par la loi de le faire.

□ J’accepte Initiales: \_\_\_\_\_

#### Communication électronique

Je consens à communiquer avec le/la prestataire de soins facilitant mon traitement par courriel non crypté (par exemple, gmail). Je comprends que les courriels non cryptés peuvent ne pas être sécurisés pour les informations personnelles sur la santé. Il peut être consulté par d'autres, transmis accidentellement ou exister indéfiniment. J'accepte de ne pas communiquer d'informations confidentielles sur moi-même ou sur toute autre personne par courriel non crypté. Je comprends en outre que je ne dois pas communiquer d'informations urgentes par courriel non crypté.

□ J’accepte Initiales: \_\_\_\_\_

#### Vidéo conférences

La vidéo conférence réduit la capacité à maintenir la confidentialité. Je comprends bien que la sécurité n'est pas garantie dans une plateforme de vidéo conférence. Dans ces circonstances, je ne tiendrai pas [ORGANISATION] ni les professionnel•le•s de la santé qui facilitent mon traitement responsables d'un tel manquement. Je comprends également que la vidéo conférence ne doit pas être utilisée en cas d'urgence ou de toute autre situation urgente.

□ Je comprends Initiales: \_\_\_\_\_

#### Déclaration d'entente

J'ai été informé•e et j'ai compris les conditions et les procédures décrites ci-dessus. J'accepte les services en toute connaissance et compréhension des conditions applicables.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.