



**Dr. Louis-Marc Lauzon, Ph.D.,  
Psychologue clinicien**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES SERVICES PSYCHOLOGIQUES**

**Lire et complétez la partie du bas de ce document**

**1. Objectif des services**

Les services psychologiques sont fournis pour traiter des préoccupations liées à votre santé mentale, votre bien-être et d'autres problèmes pertinents pour vous. Ces services incluent le traitement / la consultation, et éventuellement l'évaluation ou le diagnostic.

**2. Confidentialité**

Toutes les informations divulguées lors de vos séances sont confidentielles et ne seront pas partagées avec d'autres personnes sans votre consentement, sauf dans les circonstances suivantes :

- Danger/risque imminent pour vous-même ou pour autrui. La loi exige que le clinicien prenne les mesures nécessaires pour prévenir un tel danger. Cela pourrait inclure la notification des services d'urgence ou des membres de la famille.
- Si un enfant ou une personne vulnérable est suspecté(e) d'être victime d'abus sexuels, physiques ou émotionnels. Le clinicien est légalement tenu de prendre les mesures nécessaires pour protéger la personne et informer les autorités compétentes.
- Abus envers les personnes âgées ou adultes vulnérables : Tout comme pour les abus envers les enfants, les psychologues peuvent être tenus de signaler des abus ou des négligences suspects concernant des adultes âgés ou vulnérables.
- Si vous donnez votre consentement pour partager des informations avec un tiers (par exemple, un autre fournisseur de soins de santé).
- Incompétence ou incapacité : Si un client est jugé légalement incompétent (par exemple, en raison d'une maladie mentale grave ou d'une déficience cognitive) et qu'il est incapable de prendre des décisions pour son bien-être, un psychologue pourrait être amené à divulguer des informations à un tuteur légal ou à un membre de la famille pour protéger l'individu.
- Ordonnances judiciaires / Subpoena : Si un tribunal ordonne à un psychologue de libérer les dossiers ou de témoigner, la confidentialité peut être levée. Cependant, les psychologues essaient généralement de limiter les informations partagées à ce qui est légalement requis.



**Dr. Louis-Marc Lauzon, Ph.D.,  
Psychologue clinicien**

**3. Accord financier**

Je consens à payer tous les frais liés aux services comme discuté.

Chaque séance dure généralement de 60 à 65 minutes. Le tarif est de 200 \$ CAD, payable immédiatement après chaque séance.

*Il existe deux options de paiement:*

1. Par virement électronique à **Drmlauzon@gmail.com**.
2. Par carte de crédit via. Vous recevrez un lien et saisissez vos informations de carte de crédit.

\* Veuillez noter que des frais PayPal de 6,50 \$ seront ajoutés.

Merci de m'informer de votre préférence. Un reçu vous sera fourni sur demande pour une demande de remboursement d'assurance.

**4. Politique d'annulation**

Si vous devez annuler ou reprogrammer un rendez-vous, veuillez informer le fournisseur 24 heures à l'avance si possible.

**5. Consentement au traitement**

En signant ce formulaire, vous consentez à recevoir des services psychologiques. Vous comprenez que ces services peuvent impliquer de discuter de sujets personnels et sensibles, ce qui peut susciter des émotions fortes. Vous êtes également conscient que les progrès en thérapie peuvent varier et que la thérapie est un processus collaboratif basé sur vos objectifs de traitement et ce que vous souhaitez accomplir. La thérapie est également plus efficace lorsque vous vous sentez connecté et à l'aise avec le thérapeute, c'est pourquoi vous êtes encouragé à communiquer et discuter de tout inconfort ou inquiétude. Vous avez aussi le droit d'interrompre la thérapie à tout moment.

**6. Procédure d'urgence**

Si vous faites face à une crise ou avez besoin d'une assistance immédiate, vous pouvez me contacter pour une séance urgente. Veuillez garder à l'esprit qu'il est possible que je ne sois pas disponible lorsque vous essayez de me joindre.

Si vous vivez une crise ou avez besoin de soutien urgent, veuillez contacter les services d'urgence locaux ou un hôpital.



**Dr. Louis-Marc Lauzon, Ph.D.,  
Psychologue clinicien**

**Reconnaissance et consentement du client**

En signant ci-dessous, vous reconnaissez avoir lu et compris les informations fournies dans ce formulaire, et vous consentez à recevoir des services psychologiques selon les termes décrits ci-dessus.

Nom du client :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Informations de contact d'urgence

Nom :

Téléphone :

Signature du client :

Date :

Signature du Psychologue :

Date :

Dr. Louis-Marc Lauzon

Numéro de téléphone : 613 390-0747

Adresse e-mail : **Drmlauzon@gmail.com**