**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AUX CONSULTATIONS NATUROPATHIC AVEC RUBY MAALOUF, ND**

Un(e) naturopathe évalue la personne dans toute sa globalité, prenant en considération les aspects : physique, mental, émotionnel et spirituel. Des modalités douces et non-invasives sont utilisées pour stimuler la capacité innée d’autoguérison du corps. La consultation naturopathique ne vise pas à diagnostiquer ou guérir aucune maladie physique ou psychologique, ni à remplacer l’avis de votre médecin.

Il est très important d’informer votre naturopathe de toute maladie ou problème de santé dont vous souffrez ainsi que de l’ensemble des médicaments d’ordonnance ou en vente libre que vous prenez actuellement. Votre naturopathe doit également être immédiatement informé si vous êtes enceintes, soupçonner de l’être, planifier de le devenir ou si vous allaitez.

La médecine naturopathique utilise les thérapies suivantes : la médecine traditionnelle chinoise (excluant l’acupuncture), l’herboristerie, les nutraceutiques, l’homéopathie, l’hydrothérapie et les conseils d’hygiène de vie.

Je comprends qu’avec cette approche naturopathique, et en collaboration avec les autres professionnels

de la santé que je consulte, j’accepte d’être un participant actif et responsable de l’impact de mes choix

et de mes actes sur mon bien-être.

Je comprends qu’un dossier sera tenu dans lequel seront maintenues toute les recommandations qui me seront fournies. Ce dossier sera gardé confidentiel et ne pourra être divulgué que si la loi l’exige. Je comprends que j’ai le droit de demander une copie de ce dossier à tout moment, moyennant les frais exigés.

Je comprends que mon naturopathe ne peut en aucun cas garantir le succès des approches utilisées, ni prévoir tous les risques et complications qui pourraient être associés. Ayant pris connaissance de ces faits, je consens à être suivi(e) par mon naturopathe avec les approches et thérapies mentionnées ci-haut.

Par la présente, je confirme que je me présente aux consultations naturopathique, avec Ruby Maalouf, sous ma vraie identité, sans caméra cachée et non pas en tant qu’enquêteur d’un ordre professionnel, journaliste ou toute autre personne ayant le but de prendre mon naturopathe en défaut.

J’autorise le présent formulaire à couvrer la durée et l’ensemble des démarches naturopathique durant mon cheminement. Je peux à tout moment me désister de cet accord et d’arrêter ma démarche naturopathique si je le souhaite.

Nom du Patient (veuillez imprimer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du Patient ou Tuteur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

****

**RUBY MAALOUF, ND, CCN, ABAAHP**

[**WWW.VITALPRO.CA**](http://WWW.VITALPRO.CA)