

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le présent document vous informe des modalités applicables à votre programme d'aide aux employés.

No dossier : _____

Date : _____

Je soussigné, ayant été informé de la **méthode de travail privilégiée** par le professionnel _____, accepte de participer à ce type de démarche thérapeutique. Je ne connais aucune raison médicale ou émotionnelle qui pourrait constituer un empêchement à ma participation. Pour le moment, je n'ai pas d'autres questions portant sur cette méthode ou forme de processus.

Dans le cadre de mon PAE, _____ **heures** sont **autorisées** par mon employeur. Au-delà de ce nombre, il est de ma responsabilité d'en assumer les frais.

J'ai été informé qu'un **préavis de 24 heures est obligatoire pour annuler un rendez-vous**. En cas d'oubli ou d'annulation dans un délai de moins de 24 heures :

- La rencontre sera considérée comme une consultation à mon dossier et sera ainsi soustraite du nombre indiqué ci-haut.
*Si des frais s'appliquent dans le cadre de mon programme d'aide (membres de la famille qui déboursent un montant), je dois payer la rencontre annulée sans préavis, directement à l'intervenant assigné.
- Par conséquent, j'accepte d'assumer les conséquences ci-haut mentionnées de tout rendez-vous manqué ou annulé sans préavis.
- Si j'ai démontré ma motivation à poursuivre mes consultations, un maximum de deux (2) rendez-vous manqués sera accepté dans le cadre de ma démarche avec le PAE.

Confidentialité et professionnalisme : Tous les intervenants directs ou indirects à ce PAE sont liés par le secret professionnel, aucune information ne peut être divulguée sans mon autorisation. Seules certaines informations nécessaires à la tenue de statistiques (les dates de rencontre effectuées et les rendez-vous manqués, le motif de consultation et les données affectant la vie au travail) sont transmises à Impact Mauricie.

Exception : Par contre, pour répondre aux obligations prévues par la justice (en cas de mauvais traitement et/ou de négligence présumée d'un enfant, ou d'une intention d'atteindre à mon intégrité ou à celle d'un tiers) la divulgation sera faite en vertu des exigences de la loi. Je comprends qu'une ordonnance d'un tribunal pourrait obliger mon intervenant à divulguer des renseignements confidentiels.

Perte d'emploi : Si le professionnel assigné au dossier ou Impact Mauricie apprend de quelque façon que ce soit que j'ai quitté mon emploi ou que je ne suis plus à l'emploi du donneur d'ordre, les rencontres autorisées dans le cadre du PAE cesseront immédiatement à moins d'un avis contraire de la part de l'employeur qui aura avisé Impact Mauricie.

Rapport : J'ai également été informé que tout document ou rapport pouvant être exigé par moi-même ou par un tiers est sujet à mon consentement écrit préalable et sera facturé à mon nom personnel.

Satisfaction : Je comprends que si le professionnel assigné ne me convient pas, j'ai l'option de rencontrer un autre professionnel d'Impact Mauricie et ce, sans obligation particulière.

Également, à la fin des consultations, Impact Mauricie vous invite à compléter le questionnaire d'évaluation du programme d'aide aux employés et nous le retourner par la poste ou sur Internet au <http://impactmauricie.com/evaluation/>. Le mot de passe pour accéder au formulaire d'évaluation est : « **services** ».

Pour toute autre information, n'hésitez pas à nous contacter.

info@impactmauricie.com



819-370-3348 ou sans frais **1-888-340-3348**.

De plus, je comprends et accepte toutes les conditions stipulées au présent formulaire et j'accepte l'aide offerte en toute connaissance de cause.

Signature de l'employé

Date

Signature du professionnel

Date