



INFORMATION ET CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT EN PÉRINÉOLOGIE

Vu les articles L. 1111-2, L. 1111-4, R. 4321-83 et R. 4321-84 du Code de la Santé Publique

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité pour le masseur-kinésithérapeute.
Il s'agit simplement de recueillir votre accord sur la réalisation des gestes et techniques que le professionnel vous proposera de réaliser lors de séances spécifiques en rééducation pelvi-périnéale.
Le consentement repose sur une information claire et sur votre liberté totale d'accepter, de refuser ou d'interrompre les soins à tout moment.

Je soussigné(e), NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

En ma qualité de patient, ou de représentant légal ou tuteur de NOM : _____ Prénom : _____

Atteste avoir été reçu(e) en consultation par : _____,

masseur-kinésithérapeute, le ____/____/____ à son cabinet ou au domicile du patient.

Information sur les séances :

Lors de cette séance, un bilan kinésithérapique a été réalisé. J'ai été informé(e) concernant :

- | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| • Mon état de santé (ma pathologie et son évolution prévisible) | ☐ oui | ☐ non |
| • Les actes, interventions et traitements envisagés | ☐ oui | ☐ non |
| • L'intérêt & les inconvénients éventuels des techniques proposées | ☐ oui | ☐ non |
| • Les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements | ☐ oui | ☐ non |
| • Les risques encourus en cas de refus d'intervention thérapeutique | ☐ oui | ☐ non |

Plus spécifiquement lors de séances en rééducation pelvi-périnéale, j'ai été informé(e) que le masseur-kinésithérapeute pourra éventuellement, et selon le bilan préétabli :

- Exécuter un toucher vaginal et/ou rectal
- Mettre en place une sonde de rééducation, vaginale et/ou rectale
- Réaliser des exercices de respiration
- Réaliser un massage abdominal
- Réaliser des techniques des massage, étirements ou mobilisation intra-vaginales et/ou intrarectales
- Réaliser des exercices des muscles du plancher pelvien intra-vaginaux et/ou intrarectaux
- Réaliser des exercices gymniques
- Réaliser une échographie périnéale ou abdominale
- Réaliser un essai ou une pose d'un pessaire.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la fiche pratique officielle de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes détaillant les techniques de rééducation pelvi-périnéale :



Si mon masseur-kinésithérapeute l'estime nécessaire pour mener à bien sa prise en charge, j'utiliserai une sonde de rééducation périnéale personnelle, dont je serai pleinement responsable. Si mon thérapeute le juge nécessaire, elle devra être lavée après chaque séance, séchée et ramenée à la séance suivante dans son sachet d'origine.

Contre-indications - Informations à communiquer :

- Lors de ces séances, le thérapeute m'a informé qu'il utilisait du matériel pouvant contenir des allergènes.
 - Je déclare ne pas être allergique au latex ou au nickel.
 - J'informe mon thérapeute d'une éventuelle allergie : _____
- Je m'engage à prévenir mon thérapeute si je suis enceinte, en parcours PMA, porteur d'un pacemaker, en cas de mycose et/ou affections vaginales ou anales mais aussi toutes autres infections transmissibles.

Le masseur-kinésithérapeute m'assure que les techniques qui seront pratiquées sont conformes aux données actuelles de la science et de sa compétence. Celui-ci a une obligation de moyens et non de résultat.

Consentement éclairé :

Le consentement repose sur une information claire et sur votre liberté totale d'accepter, de refuser ou d'interrompre les pratiques à tout moment, sans avoir à vous justifier.

- ☐ J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.
- ☐ J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension & j'ai compris les réponses qui m'ont été apportées.
- ☐ Je n'ai pas été contraint(e), ni influencé(e) pour donner mon consentement.
- ☐ Je m'estime désormais suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte la consultation préconisée.
- ☐ Je comprends que certains gestes peuvent être refusés individuellement sans interrompre l'ensemble de la prise en charge thérapeutique.
- ☐ Je suis informé(e) qu'à tout moment je peux demander l'arrêt immédiat d'un geste ou d'une séance sans avoir à me justifier.

Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute.

Signature du patient, représentant légal ou tuteur, précédée de la mention
« lu, approuvé & compris »

Fait à _____ ,
le ____/____/____

DROIT AU RETRAIT

Je soussigné(e), NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

En ma qualité de patient, ou de représentant légal
ou tuteur de NOM : _____

Prénom : _____

Souhaite retirer mon consentement
donné en date du ____/____/____

Fait à _____ ,
le ____/____/____

Signature du patient, représentant légal ou tuteur

Les données personnelles collectées par M. ou Mme _____, masseur-kinésithérapeute, en tant que responsable du traitement, sont traitées dans le cadre du recueil du consentement fondé sur l'obligation légale prévue à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. Les données sont conservées pendant toute la durée de l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute concerné. Sauf opposition de la personne dûment avertie, elles sont accessibles aux personnes qui participent toutes à la prise en charge du patient, sous réserve que cette information soit strictement nécessaire à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social. Seules les informations portant sur les éléments indispensables au suivi du patient ont vocation à être partagées.

Dans ce contexte, les données ne font pas l'objet d'un transfert hors de l'Union Européenne.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles les concernant en adressant votre demande par courrier postal : _____

ou par mail à l'adresse suivante : _____

Il vous est également loisible d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire.