

FORMULAIRE D'INFORMATION DESTINÉ AUX MINEURS ET À LEURS PARENTS

(Elaboré par STIRN Senja, dr ès psychologie)

Nom du psychologue, fonction, Institution
N° ADELI
Coordonnées professionnelles

Vous avez demandé une intervention du psychologue (un bilan neuropsychologique, une prise en charge, une psychothérapie individuelle, familiale, un programme de réhabilitation...) pour votre enfant.

Le psychologue n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Il préserve la vie privée et l'intimité des personnes en garantissant le respect du secret professionnel. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même.

Avant toute intervention, il informe ceux qui le consultent des objectifs, des modalités et des limites de son intervention, et des éventuels destinataires de ses conclusions.

L'évaluation, l'observation ou le suivi au long cours auprès de mineurs ou de majeurs protégés proposés par le psychologue requièrent outre le consentement éclairé de la personne, ou au moins son assentiment, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale ou des représentants légaux.

Si, à la demande des concernés, le psychologue décide d'effectuer un écrit portant sur ladite intervention, nul ne peut le transmettre à un tiers sans son accord explicite.

(Code de déontologie des psychologues, 1996/2012)

Le présent document contient les renseignements essentiels en rapport avec la prise en charge. Nous vous proposons de le lire attentivement. Si vous avez des questions, le psychologue se fera un plaisir d'y répondre.

Description des modalités de la prise en charge

(à écrire par chaque psychologue, à sa manière, ce qui suit n'est qu'une proposition synthétisée)

- Qu'est-ce qu'une évaluation neuropsychologique et psychodynamique... psychothérapie... réhabilitation ?

Il s'agit de quelques rencontres individuelles pendant lesquelles la personne est soumise à une série de tests, d'épreuves et d'activités.

- À quoi servent tous ces tests ?

Les résultats que l'on obtient à partir de ces tests nous aident à décrire l'état de chacune des fonctions cognitives, comme l'attention, la mémoire, etc. et l'état psychique individuel.

Cela nous aide aussi à voir dans quels domaines la personne a plus de potentialités et ceux dans lesquels elle a plus de difficultés et comment elle les gère au niveau personnel.

Ces évaluations seront réalisées sous-forme de rencontres individuelles.

La disponibilité requise de votre part sera de _____ ou _____ consultations au total.

Chaque rencontre aura une durée approximative variant entre 1h00 à 2h30. Au total, cette prise en charge demandera environ _____ à _____ heures de votre temps.

Les rencontres auront lieu à _____. Les rendez-vous seront personnellement pris avec vous.

- Le déroulement de l'intervention

Entretien, familial, passation, analyse, compte rendu oral...

- Droit de refus de participer et liberté de retrait

L'enfant et chacun des parents avez parfaitement le droit de refuser la participation.

SIGNATURE DU PSYCHOLOGUE
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'INTERVENTION
PSYCHOLOGIQUE

Les détenteurs de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant

- J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire.
- Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement et qu'un exemplaire m'a été remis.
- J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.
- Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.
- Je sais que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle.

De son côté, le psychologue certifie

- avoir expliqué à l'enfant et aux parents les termes du présent formulaire de consentement et du formulaire d'information ;
- avoir répondu aux questions que l'enfant et les parents/représentants m'ont posé(s) à cet égard ; que je leur remettrai une copie signée du présent formulaire ;

Le formulaire sera conservé au dossier de la personne concernée pendant 5 ans après la dernière consultation.

NOM, Prénom de l'enfant

Date de naissance

Adresse

Parents ou représentants légaux de l'enfant

Psychologue

NOM Prénom

Lien de parenté/représentation

NOM Prénom

Lien de parenté/représentation

NOM Prénom

N° ADELI

Adresse

Date _____

Adresse

Date _____

Adresse

Date _____

Signature

Signature

Signature