



Téléphone : (+32)471 77 88 99  
Mail : [info@martine-dupont.be](mailto:info@martine-dupont.be)

## **Consentement au traitement**

### **Le traitement d'acupuncture inclus ou peut inclure :**

- Acupuncture : l'insertion d'aiguille à usage unique pré-stérilisée, de grande qualité, marque SEIRIN ou équivalent, à travers la peau dans les tissus sous-cutanés sur des points spécifiques de la surface du corps.
- Acupressure : massage traditionnel de la médecine chinoise et thérapie manuelle
- Ventouses : des ventouses de verre sont utilisées sur des points spécifiques du corps et par un effet de succion permettent d'évacuer le blocage énergétique
- Gwa-Sha: des frictions sont faites sur la peau à l'aide d'un objet en corne à des endroits spécifiques pour enlever les symptômes.
- Laserpuncture: le laser est utilisé comme une aiguille d'acupuncture pour stimuler le courant de Qi et promouvoir la guérison
- Conseils alimentaires basés sur la médecine traditionnelle chinoise : simple suggestions de nutrition qui ne remplace. Ceci ne s'inscrit pas dans un traitement de diététique ou de nutrition au sens conventionnel.

### **Je reconnais les potentiels bénéfiques et risques liés aux procédures décrites ci-avant :**

- Bénéfices potentiels : soulagement des symptômes sans médication et amélioration des énergies du corps qui peuvent permettre la prévention, l'amélioration, ou l'élimination du problème de santé présenté.
- Risques potentiels : inconfort, douleur (parfois après le traitement aux endroits de la ponction), hématomes mineurs, saignement, engourdissement (aux endroits de la ponction), décoloration temporaire de la peau, aiguille cassée, mal d'aiguille, possibilité d'aggravation des symptômes après une séance, vertige, nerf endommagé.

**Les patients présentant des troubles de la circulation sanguine, des troubles cardiaques, porteurs d'un pacemaker, ainsi que les patientes enceintes doivent avertir le praticien avant de recevoir un traitement.**

En connaissance de ce qui est dit ci-avant, je consens volontairement aux procédures décrites et je reconnais que le praticien ne le donne pas de garantie de résultat en vue de me guérir ou d'améliorer mon état de santé. je décharge le praticien de toute responsabilité en regard de ce qui est présenté ci-avant. Je peux à tout moment retirer le présent consentement et arrêter les traitements quand je le souhaite.

Nom du patient :

Nom du responsable (pour les mineurs) :

signature\_\_\_\_\_date\_\_\_\_\_