

Déclaration du client



Réseau des
massothérapeutes
professionnels
du Québec

À titre de thérapeute, je tiens à vous informer qu'une consultation pour un soin en massothérapie, kinésithérapie, orthothérapie ou naturothérapie comporte certains risques de transmission du virus SARS-CoV-2 qui cause la maladie de la COVID-19.

Afin de limiter les risques de transmission et d'assurer votre sécurité, toutes les mesures de prévention recommandées par l'Institut national de Santé publique du Québec, de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et du protocole de normes sanitaires en massothérapie ont été mises en place.

Entre autres :

- Le thérapeute doit porter un masque de procédure et des lunettes de protection ou une visière lors d'une consultation;
- Le thérapeute doit désinfecter tout le matériel en contact avec la clientèle entre chaque client;
- Le thérapeute doit s'assurer de faire respecter la distanciation sociale sur son lieu de travail (2 mètres).

N'hésitez pas à vous informer auprès de votre thérapeute des détails concernant les mesures de prévention adoptées.

Votre état de santé est votre responsabilité. Vous devez, en tout temps, aviser votre thérapeute de tout changement en lien avec votre état de santé. En ce sens, nous vous demandons de remplir la déclaration suivante.

Je, _____, soussigné(e), déclare :

- ne pas avoir de symptômes en lien avec la COVID-19 (fièvre, toux, mal de gorge, nez qui coule, douleurs musculaires inexplicables, difficultés respiratoires, syndrome d'allure grippale, perte de l'odorat, diarrhées) ;
- ne pas avoir voyagé à l'extérieur du pays au cours des 14 derniers jours ;
- ne pas être en attente du résultat d'un test de dépistage pour la COVID-19 ;
- ne pas avoir reçu de résultat positif à un test de dépistage pour la COVID-19 au cours des 14 derniers jours.

En signant ce document, je certifie avoir vérifié les informations ci-dessus et déclare, qu'à ma connaissance, elles sont exactes.

Signature du client

Date

Nom complet du/de la thérapeute en lettres moulées

Signature du/de la thérapeute

Date