



Institut Français de Thérapie des Schémas

CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT D'UNE SÉANCE DE THÉRAPIE PAR SCHÉMA VIDÉO/AUDIO

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT TOUTES LES INFORMATIONS CI-DESSOUS.

Dans le cadre des exigences de développement professionnel continu définies par l'ISST, les thérapeutes qui suivent une formation intensive en ST doivent être supervisés régulièrement par d'autres thérapeutes. Cela peut se faire individuellement ou en groupe. Dans le cadre de ce processus, les enregistrements des séances sont encouragés pour promouvoir l'apprentissage et fournir des compétences en ST, ce qui permet d'assurer la qualité et l'intégrité du modèle thérapeutique.

En signant ce formulaire, vous consentez à ce que votre/vos séance(s) soit/sont enregistrée(s) et comprenez ce qui suit :

1. Mon thérapeute demandera ma permission avant d'enregistrer une séance
2. Je peux demander que l'enregistrement et toutes les copies de l'enregistrement soient supprimés à tout moment
3. Mon thérapeute n'utilisera l'enregistrement qu'à des fins de supervision/certification professionnelle en ST avec d'autres thérapeutes et ne partagera pas l'enregistrement à d'autres fins.
4. Je comprends que mon thérapeute suivra les lois sur la confidentialité et le code d'éthique spécifiques à notre pays d'origine.
5. Toutes les copies de l'enregistrement seront supprimées après 90 jours suivant l'enregistrement.

Veillez signer ce formulaire si vous comprenez et acceptez ce qui précède. Votre consentement peut être révoqué à tout moment en contactant directement votre thérapeute.

Nom du patient : _____

Signature du patient : _____

Date: _____