



Ce formulaire doit être rempli par un thérapeute ou un conseiller qui traite une personne qui allègue avoir fait l'objet d'abus sexuels de la part d'un technologiste de laboratoire médical (TLM) et qui cherche à obtenir du financement pour une thérapie ou des consultations. Vous trouverez des renseignements sur ce processus dans la fiche d'information de l'OTLMO pour le financement [ici](#).

Ce formulaire doit être soumis avec le [formulaire A](#) – Formulaire du patient. Dans le cadre du formulaire du thérapeute ou du conseiller, celui-ci est tenu de soumettre une brève déclaration contenant des détails sur sa formation et son expérience liées au traitement des victimes d'abus sexuels et le type de thérapie ou de consultation à fournir. Il devra également signer une entente de confidentialité. Pour toute question, veuillez prendre contact avec le personnel du service de conduite professionnelle de l'OTLMO par courriel à professionalconduct@cmlto.com ou par téléphone au 1 800 323-9672.

1

Coordonnées du thérapeute/conseiller

Nom complet

Adresse postale

Suite/App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

Êtes-vous membre d'une profession de la santé réglementée?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le nom de votre organisme de réglementation et votre numéro d'inscription

Veuillez fournir les détails de votre formation et de votre expérience concernant les victimes d'abus sexuels, ainsi que le type de services à fournir au patient.



Vos services sont-ils couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario ou un autre assureur?

Oui

Non

Date de début de la thérapie ou des consultations

2

Coordonnées du patient

Nom complet

Adresse municipale

Suite/App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

3

Déclaration

1. J'ai lu et compris la [fiche d'information de l'OTLMO sur le financement de la thérapie ou des consultations](#), qui décrit l'utilisation du financement dans le cadre de ce programme et la façon dont les paiements sont traités.
2. Je confirme que je soussigné, thérapeute ou conseiller, n'ai aucun lien de parenté avec le patient.
3. Je confirme que je n'ai pas été reconnu coupable de préoccupations liées à l'incompétence, à l'incapacité ou à la faute professionnelle par un organisme de réglementation professionnelle à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Ontario, et que je ne fais pas l'objet d'une enquête pour ces préoccupations.
4. Un tribunal civil n'a pas conclu que j'avais commis un acte de négligence professionnelle ou une faute professionnelle.
5. Je n'ai pas été accusé d'une infraction au Code criminel (Canada) ou à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada).
6. Je comprends que le financement ne doit être utilisé que pour la thérapie et les consultations liées à l'abus allégué et ne doit pas être utilisé directement ou indirectement à d'autres fins.
7. Je donne mon consentement à l'OTLMO pour communiquer avec moi, le thérapeute ou le conseiller, afin de traiter la demande de financement du patient.

4

Signature du thérapeute/conseiller

SIGNATURE : _____ **DATE :** _____



Ordre des technologistes
de laboratoire médical
de l'Ontario

Veillez soumettre le formulaire dûment rempli par courriel à professionalconduct@cmlto.com ou par la poste à l'adresse suivante :

Comité des relations avec les patients

Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario

Bureau 2100 – 25 Adelaide Street East

Toronto (Ontario) M5C 3A1