**Questionnaire à l’intention des maîtres de stage qui pratiquent une ou plusieurs** **médecines alternatives**

1. **Quel(s) type(s) de médecine alternative pratiquez-vous ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| **Homéopathie** |  |  |
| **Acupuncture** |  |  |
| **Chiropractie** |  |  |
| **Ostéopathie** |  |  |
| **Phytothérapie** |  |  |
| **Mésothérapie** |  |  |
| **Autres** (spécifiez)**:** |  |  |

Si vous pratiquez plusieurs médecines alternatives, veuillez répondre aux questions suivantes séparément pour chaque pratique (1 formulaire par pratique).

1. **Combien d’heures par semaine y consacrez-vous en moyenne ?**
2. **Combien de patients soignez-vous en moyenne par semaine au moyen de cette pratique?**
3. **Prévoyez-vous pour ce faire des consultations ou rendez-vous spéciaux ?**

**OUI**  **NON**

1. **Avez-vous recours à cette(ces) pratique(s) médicale(s) lors de vos consultations normales ?**  **OUI**  **NON**

**Si oui, votre stagiaire y participe-t-il ?**

**Jamais**  **Toujours**  **Parfois**  **uniquement à sa demande**

1. **Appliquez-vous également cette technique médicale durant vos services de garde ?**

**Jamais**  **Toujours**  **Parfois**  **uniquement à sa demande**

1. **Examinez-vous d’abord chaque patient au moyen de la méthode scientifique classique ?**  **OUI**  **NON**
2. **Les patients sont-ils informés par écrit de cette pratique médicale non conventionnelle (par lettre, carte de visite, plaque ou autre) ?**

**OUI**  **NON**

**Si oui, comment ? (joindre copie de l’avis en annexe)**

1. **Avez-vous suivi une formation dans cette pratique médicale ?**

**OUI**  **NON**

**Si oui, citez l’Institut, l’adresse, la durée et le type de formation (temps plein, weekend, …), éventuellement joindre l’attestation.**

1. **Pour quelles affections ou diagnostics avez-vous recours à cette thérapie ?**

**Je certifie que la présente déclaration est complète et sincère,**

**Date et signature Cachet**