

**DEMANDE D'INFORMATION MÉDICALE
POUR CONDITION DE SANTÉ MENTALE
AVEC OU SANS COMORBIDITÉS**



À L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ : Ce formulaire sera utilisé pour déterminer l'admissibilité de l'étudiant au Service d'appui et d'adaptations, ainsi qu'aux appuis financiers à La Cité. L'information reçue demeurera confidentielle et n'aura aucune conséquence sur le processus d'admission.

Note : Étudiants ayant un trouble d'apprentissage

Ce formulaire ne doit pas être utilisé par les étudiants ayant un trouble d'apprentissage. Veuillez plutôt fournir une copie de votre plus récente évaluation psychoéducatrice.

SECTION A: À compléter par l'étudiant

Nom : _____ DDN (AAAA / MM / JJ) : _____ Numéro d'étudiant : _____

Téléphone : _____ Adresse : _____

Campus: Ottawa Orléans Alfred Toronto Hawkesbury Formation continue et en ligne

Consentement de l'étudiant à fournir de l'information en regard de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)

Aux termes du Code des droits de la personne de l'Ontario, les étudiants ne sont pas tenus de divulguer leur diagnostic de troubles mentaux pour s'inscrire et obtenir des mesures d'appui scolaires du Service d'appui et d'adaptations (SAA) à La Cité. Par contre, les étudiants qui désirent divulguer leur diagnostic au conseiller du SAA peuvent le faire.

Veillez noter : Les étudiants doivent cependant fournir leur diagnostic afin d'accéder à certains programmes d'aide financière réservés aux étudiants ayant un handicap. Si vous souhaitez accéder à de tels programmes, vous pourriez devoir consentir à fournir votre diagnostic.

Sélectionnez :

- Je consens à ce que mon professionnel de la santé remplisse le formulaire ci-dessous **et divulgue mon diagnostic de santé mentale.**
- Je consens à ce que mon professionnel de la santé remplisse le formulaire ci-dessous **sans divulguer mon diagnostic de santé mentale.**
- Je consens à ce que mon professionnel de la santé remplisse le formulaire ci-dessous et **divulgue mes autres diagnostics.**

Signature de l'étudiant

Date

*****Il incombe à l'étudiant de payer les frais exigés par son professionnel de la santé pour remplir ce formulaire.*****

SECTION B: À compléter par le professionnel de la santé réglementé

Si l'étudiant a consenti à divulguer son diagnostic(s) de santé mentale, veuillez indiquer le diagnostic (s):

Est-ce vous qui avez posé le diagnostic ? Oui Non

Si l'étudiant a consenti à divulguer tout autre(s) diagnostic(s), veuillez les indiquer (trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, condition médicale, mobilité réduite, limitation sensorielle) :

Est-ce vous qui avez posé le diagnostic ? Oui Non

Les critères suivants doivent être présents pour déterminer la présence d'un handicap.

1. L'étudiant présente une ou des limitations fonctionnelles dues à une condition de santé
2. La ou les limitations fonctionnelles affectent le rendement scolaire de l'étudiant aux études postsecondaires

Sélectionnez une des deux options suivantes :

- Je confirme que l'étudiant a un handicap selon les critères mentionnés ci-haut.
- Je planifie un suivi afin de déterminer s'il y a lieu d'émettre un diagnostic.

Durée du handicap – Compléter 1, 2 ou 3.

- 1. Cet étudiant a un handicap **permanent** dont les symptômes sont continus OU épisodiques.
- 2. Cet étudiant a un handicap **temporaire** dont les symptômes sont continus OU épisodiques.
 - Mesures d'adaptations scolaires intérimaires nécessaires du (date) _____ au _____
- 3. Cet étudiant **sera suivi** afin de déterminer s'il y a lieu d'émettre un diagnostic.
 - Mesures d'adaptations scolaires intérimaires nécessaires du (date) _____ au _____*

**Mise à jour de documentation requise après cette date*

Depuis combien de temps suivez-vous cet étudiant ? _____ années ou 1^{ère} visite/rencontre sans rendez-vous
 Voyez-vous cet étudiant sur une base régulière ? Oui Non

Médications :

Est-ce que la prise de médicaments prescrits pourrait affecter le rendement scolaire de l'étudiant ? Oui Non
 Si oui, veuillez préciser les effets :

À quel(s) moment(s) de la journée est-ce que la médication est le plus susceptible d'affecter l'étudiant ?

- matin après-midi soirée N/A

Impact de la limitation : cochez les cases appropriées ci-dessous afin d'indiquer l'impact sur le rendement scolaire

Habilités/Capacités	Aucun impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère	Inconnu
COGNITIVES					
Attention / Concentration					
Mémoire à long terme					
Mémoire à court terme					
Fonctions exécutives (planification, gestion du temps)					
Traitement de l'information					
Anticipation de son comportement pour soi et les autres					
Gestion des distractions (filtrer les stimuli)					
Communication (habileté à transmettre et recevoir l'information efficacement à l'oral et à l'écrit)					
Autre:					
PHYSIQUES					
Mobilité					
Motricité grossière					
Motricité fine					
Endurance assise					
Endurance debout					
Assiduité / absence de classe / ponctualité					
Capacité à suivre une charge de cours à temps plein (25+ heures de cours par semaine)					
Autre: (ex. fatigue, douleur, tics, allergies sévères, etc.)					
SENSORIELLES					
Vision (avec correction): Veuillez préciser ci-dessous					
Ouïe (avec correction): Veuillez préciser ci-dessous					
Parole: Veuillez préciser ci-dessous					
Autre:					
SOCIALES / ÉMOTIONNELLES					
Interactions en classe et travaux de groupe (coopération)					
Livrer des présentations orales en classe					
Lire les indices de comportements sociaux (ex. quand poser une question et interagir avec les autres)					
Gestion du stress – en classe					
Gestion du stress – durant les tests					
Adaptation aux changements					
Capacité à vivre loin de la maison / famille					
Demeurer calme lors d'interaction avec les autres					
Consulter les professeurs au besoin					
Disposé à recevoir la rétroaction					
Autre:					

Habilités/Capacités	Aucun impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère	Inconnu
Capacités liées aux STAGES (formation pratique)					
Travail de façon sécuritaire avec les populations vulnérables					
Capacité à compléter une semaine de 35 heures de travail					
Capacité à travailler selon les quarts de travail (jour, soir, nuit)					
Autre:					

Veillez ajouter toute information additionnelle au besoin :

SÉCURITÉ:

- 1) Est-ce que cet étudiant pourrait exiger des **soins d'urgence** sur le campus ou pendant les stages en raison de sa condition? (ex. convulsions, crises, allergies sévères, risques de danger pour soi ou les autres)? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Considérez-vous l'étudiant capable de :

- 1) Tolérer le stress /la pression et les demandes physiques associées aux études collégiales ? Oui Non

Si non, veuillez préciser :

- 2) Participer aux stages et aux formations pratiques ? Oui Non Si non, veuillez préciser:

- 3) Poursuivre une charge de cours à temps plein (25 heures +) ? Oui Non

SECTION C: Attestation du professionnel de la santé réglementé

J'ai pris connaissance de la lettre à l'endos de cette page avant de remplir ce formulaire _____ (initiales)

Je _____
nom complet suis un professionnel de la santé réglementé et ce rapport contient le(s) diagnostic(s) ou mes opinions professionnelles relatifs à cet étudiant.

Signature : _____ Numéro d'immatricule ou de membre : _____

Date : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Timbre d'authentification:

Profession de la santé :

- Médecin – Famille
- Médecin – Autre : _____
- Psychologue / Psychologue associé
- Psychiatre
- Autre: _____

Veillez s.v.p. retourner ce formulaire à:

Collège La Cité
Service d'appui et d'adaptations
801, Aviation Parkway, C-1030
Ottawa, ON K1K 4R3
Fax : 613.742.2463
Tel : 613.742.2483 extension 2090

appui_adaptations@lacitec.on.ca

Cher professionnel de la santé,

Un étudiant vous a demandé de remplir ce formulaire pour s'inscrire au Service d'appui et d'adaptations (SAA) au collège La Cité. Le SAA est un service d'appui pour les étudiants **ayant besoin de mesures d'adaptations scolaires en lien avec un handicap ou une condition permanente ou temporaire, avec ou sans comorbidités**. D'ailleurs, des mesures d'adaptations scolaires intérimaires peuvent être fournies aux étudiants qui sont en processus d'évaluation afin de déterminer s'il y a lieu d'émettre un diagnostic.

Nous tiendrons compte de vos connaissances détaillées de la condition de l'étudiant, incluant une description actuelle de ses limitations fonctionnelles pouvant affecter sa participation aux études postsecondaires. Cette information servira à déterminer les mesures d'adaptation scolaires appropriées pour appuyer l'étudiant sans lui fournir un avantage indu. Les mesures d'adaptations visent aider l'étudiant à rencontrer les critères essentiels des cours et les exigences du programme d'études en respectant l'intégrité scolaire.

En remplissant le formulaire, veuillez garder en tête que les **études collégiales peuvent impliquer toutes les activités suivantes**: la prise de notes, la participation en classe et laboratoires, les travaux de groupe, les examens, la recherche, les travaux écrits, les présentations orales, les stages ou formations pratiques, et la gestion de toutes autres responsabilités associées à la poursuite de ses études.

Selon le *Code des droits de la personne de l'Ontario*, il n'est pas requis de fournir un **diagnostic spécifique de santé mentale** pour accéder à des mesures d'adaptations et des services d'appui au collège. Cependant, divulguer un diagnostic peut être requis pour l'admissibilité à certains programmes d'aide financière pour les étudiants ayant un handicap. L'étudiant doit indiquer sur la **première page** du présent formulaire s'il consent à divulguer son diagnostic.

Merci,

Collège La Cité
Service d'appui et d'adaptations
801, promenade de l'Aviation, C-1030
Ottawa, ON K1K 4R3
Fax: 613.742.2463
Tel: 613.742.2483 poste 2090
Email: appui_adaptations@lacitec.on.ca