

Certificat médical**ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET DES BESOINS EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE
SERVICE D'ACCÈS, SASS, UNIVERSITÉ D'OTTAWA**

L'étudiant ci-dessous souhaite s'inscrire au Service d'accès, SASS, Université d'Ottawa. Le Service d'accès est le service responsable d'évaluer et d'établir les mesures d'adaptation *scolaire* pour les étudiants en situation de handicap ou qui ont une condition médicale réelle qui en ont besoin. Nota : Les mesures d'adaptation scolaire comprennent du soutien et des services sur le plan scolaire (p. ex., évaluations adaptées, telles que les travaux, les examens de mi-session, les examens finaux et les quiz en classe).

Pour s'inscrire, l'étudiant doit fournir de la documentation attestant la présence d'un handicap ou d'une condition médicale réelle. La documentation doit délimiter les limitations fonctionnelles associées à la capacité de l'étudiant d'effectuer des activités scolaires liées à ses études postsecondaires; elle doit clairement décrire l'incidence de la condition sur la capacité de l'étudiant de répondre aux exigences scolaires. Un certificat médical dûment rempli doit aussi fournir une bonne idée de l'impact de la situation de handicap ou de la condition médicale réelle sur le milieu d'apprentissage. Ces renseignements faciliteront l'évaluation et la mise en place des mesures d'adaptation scolaire de l'étudiant par le personnel du Service d'accès. Il se peut que le Service d'accès vous consulte au besoin mais seulement avec le consentement explicite obtenu de la part de l'étudiant.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir toutes les sections de ce certificat médical et d'inclure tous renseignements pertinents sur les limitations fonctionnelles dans le milieu scolaire. Chaque section du formulaire doit être complétée soigneusement et objectivement afin d'assurer une évaluation exacte des limitations en lien à la situation de handicap.

Nota : Il incombe à l'étudiant de payer les frais de préparation de ce certificat.

RENSEIGNEMENTS ET SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

Nom de l'étudiant : _____ Numéro d'étudiant : _____

Je comprends que ce certificat médical sera remis au Service d'accès, SASS, Université d'Ottawa.

Signature de l'étudiant : _____ Date : (aaaa-mm-jj) _____

VÉRIFICATION DE LA PART DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ RÉGLEMENTÉ:

Le présent formulaire est fondé sur l'analyse et les antécédents médicaux pertinents au moment de la condition médicale et non après le fait. J'atteste que l'évaluation révèle de mon champ de pratique réglementé.

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL

Nom et titre : _____

Désignation professionnelle. Veuillez préciser : _____

(p. ex. médecin traitant, omnipraticien, psychologue, psychiatre, autre professionnel de la santé)

Numéro de permis ou d'inscription : _____ Signature : _____

Date : (aaaa-mm-jj) _____

Veuillez utiliser un tampon
officiel

RENSEIGNEMENTS SUR LE DIAGNOSTIC DU MÉDECIN

Diagnostic : _____ S'il y a lieu, précisez : DSM-V (Axe I et/ou II) _____

Date du diagnostic : ____ / ____ (aaaa-mm)

Est-ce vous qui avez d'abord posé le diagnostic? Oui Non Suivez-vous l'étudiant régulièrement? Oui Non

Énoncez la situation de handicap : selon le diagnostic, la situation de handicap ou la condition médicale réelle de l'étudiant est-elle permanente ou temporaire? (cochez l'énoncé approprié)

_____ Permanente : symptômes continus (chroniques ou épisodiques).

_____ Temporaire* :

*Si temporaire, durée prévue : DE (aaaa-mm-jj) ____ / ____ / ____ À ____ / ____ / ____ OU

Durée inconnue (une session complète)

Énoncé concernant une condition variable : Cochez l'énoncé approprié

La situation de handicap ou la condition est-elle variable? Oui* Non

Si oui*, élaborez au besoin (c.-à-d. la condition varie pendant l'hiver – troubles affectifs saisonniers):



uOttawa

ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET DES BESOINS EN MATIÈRE D'APPRENTISSAGE

VEUILLEZ, ICI-BAS, COCHER L'ÉCHELON DES LIMITATIONS À L'ÉGARD DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES SIGNIFICATIVES, CELLES AFFLIÉES PAR LES SYMPTÔMES EXISTANTS DE L'ÉTUDIANT ET CELLES AFFECTANT SA VIE ACADÉMIQUE.

Restrictions : Le patient ne doit accomplir cette tâche en aucune circonstance.

Limitation : Le patient peut accomplir la tâche de façon réduite; par exemple, il peut la faire plus lentement, avec une intensité et des répétitions réduites, ou pour une durée inhabituelle.

Général : Limitation fonctionnelle et/ou restrictions					
Veillez cocher les symptômes ou les limitations fonctionnelles liées à la situation de handicap ou à la condition (p. ex., incapacité de rester assis pour de longues périodes)					
Physique	Limitation	Restriction	Mental	Limitation	Restriction
S'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensée/raisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise de décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vivacité d'esprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pousser/tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Environnemental		
S'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilité à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition à la chaleur/au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plier/se tourner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition aux produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâche répétitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition à la poussière/aux émanations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postures soutenues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition aux odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agripper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez dans la section B</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'étirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres		
Équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étudier dans un espace restreint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manipuler de l'équipement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manipuler de l'équipement en hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (<i>précisez</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions : Gravité des limitations ou des restrictions et influence sur le rendement scolaire

Activité scolaire	Gravité de la limitation fonctionnelle			
	Légère	Modérée	Grave	Inconnue
Attention et concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement de l'information (auditive, verbale ou écrite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensée rationnelle et raisonnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétention de l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitudes de communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assiduité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponctualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitudes interpersonnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des distractions internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des distractions externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endurance physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité (autour du campus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse du niveau de fonctionnement à certaines périodes de la journée (veuillez préciser : matin <input type="checkbox"/> ou après-midi/soir <input type="checkbox"/> - de __ à __)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTOCOLE DE TRAITEMENT

La série de traitements prescrits permet-elle à la personne d'étudier en dépit de ses limitations fonctionnelles?

Oui* Non

Si *Oui, veuillez décrire (s'il y a lieu) l'incidence du protocole de traitement sur le rendement scolaire en classe et lors d'un emploi ou d'un stage :

AUTRES CONSIDÉRATIONS

Des suggestions de services, de technologies ou d'équipement adaptés sont les bienvenues. En sachant que les mesures d'adaptation scolaire visent à fournir des chances égales de réussite pour un étudiant en situation de handicap ou présentant une condition médicale réelle (ce n'est pas un avantage), veuillez cocher les recommandations générales appropriées.

Mesure d'adaptation scolaire	Cochez toutes les cases qui s'appliquent (v)
Modifications en salle de classe (chaise ergonomique, table à hauteur ajustable, porte-livre, support pour le dos, etc.)	<input type="checkbox"/>
Besoins en matière de services (interprétation, lecteur, assistant en salle de classe, transcription, etc.)	<input type="checkbox"/>
Locaux (accès en fauteuil roulant, salle sans allergènes, accès pour les personnes ayant peu de mobilité, etc.)	<input type="checkbox"/>
Technologies adaptées (accessoires d'ordinateur, agrandisseur portatif, etc.)	<input type="checkbox"/>

Réduction de la charge de cours	
Évaluations adaptées (temps supplémentaire, restrictions en ce qui concerne l'horaire (p. ex., après-midi seulement), etc.)	
Siège réservé (p. ex., pour aller aux toilettes souvent)	
Autres (veuillez préciser)	

RESTRICTIONS SUR LE PLAN SCOLAIRE

Êtes-vous d'avis que l'étudiant est en mesure de tolérer le stress ou la pression associés aux études universitaires? Oui Non

Pour les étudiants de premier cycle :

NOTA : Les programmes de premier cycle exigent un minimum de cinq cours par session pour qu'un étudiant soit considéré à temps plein et ceux de deuxième et de troisième cycle exigent un minimum de deux cours par session.

Êtes-vous d'avis que cet étudiant est en mesure de maintenir une pleine charge de cours avec des mesures d'adaptation scolaire en place? Oui Non*

*Si non :

Une charge de cours réduite est-elle nécessaire (quatre cours par session) avec des mesures d'adaptation scolaire en place? Oui Non **ou**

Une charge de cours à temps partiel est-elle nécessaire (deux ou trois cours)? Oui Non

Pour les étudiants de deuxième et troisième cycle :

NOTA : En règle générale, les programmes de maîtrise sont d'une durée de deux ans et ceux de doctorat sont d'une durée de quatre à cinq ans.

Êtes-vous d'avis que l'étudiant est en mesure de compléter un programme d'études supérieures à temps plein? Oui Non*

*Si non, veuillez nous donner, au meilleur de vos connaissances, une estimation du temps qu'il lui faudra pour compléter le programme : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Veuillez fournir des renseignements supplémentaires sur les limitations fonctionnelles liées à la situation de handicap ou à la condition médicale réelle de l'étudiant qui, selon vous, seraient importants pour établir les mesures d'adaptation scolaire.

Merci d'avoir pris le temps de remplir le certificat médical.

Veuillez retourner ce formulaire au Service d'accès : adapt@uOttawa.ca | Téléc. 613-562-5159