
DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

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

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

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____

Je suis consentant à ce que vous divulguiez le diagnostic de mon trouble de santé mentale.

Signature de l'étudiant : _____

Quel est le but de cette documentation?

Le but de ce formulaire est de permettre au Service d'accès de l'Université d'Ottawa de :

- confirmer un trouble de santé mentale diagnostiqué;
- déterminer si la condition est permanente ou temporaire; i
- évaluer les limitations fonctionnelles dans un milieu universitaire;
- déterminer les mesures d'adaptation scolaires et de soutien appropriées.

Qui peut remplir le formulaire?

Le formulaire doit être rempli par un professionnel de santé mentale réglementé qui connaît les antécédents du patient et qui est autorisé à poser un diagnostic et à traiter les troubles de santé mentale.

De quelle manière les besoins de l'étudiant sont-ils évalués dans le milieu scolaire?

Un professionnel de santé mentale du Service d'accès examinera la documentation pour anticiper les obstacles et les besoins en matière de mesures d'adaptation dans un milieu scolaire. Le Service d'accès demande que toutes les sections du formulaire soient **complètement** remplies de façon **objective** pour permettre une évaluation précise des besoins relatifs au trouble de santé mentale de l'étudiant. Une attention particulière devrait être accordée à **l'énoncé du trouble de santé mentale** et aux **limitations fonctionnelles**.

Les renseignements fournis pourraient être utilisés pour appuyer le besoin en matière de services et de mesures d'adaptation scolaires, ou pour permettre l'accès à une multitude d'avantages, y compris le financement gouvernemental.

Est-il nécessaire d'avoir un diagnostic du DSM-5?

Les étudiants ne sont pas obligés de dévoiler un diagnostic du DSM-5 pour recevoir des mesures d'adaptation scolaire ou du soutien. Toutefois, si un diagnostic n'est pas fourni, les limitations fonctionnelles doivent être entièrement décrites et des renseignements supplémentaires pourraient être requis pour déterminer les mesures d'adaptation scolaires et le soutien appropriés.

Diagnostic du DSM-5

Si l'étudiant est consentant (page 1) à ce que vous divulguiez le diagnostic spécifique, veuillez indiquer le diagnostic du DSM-5. _____

Énoncé du trouble de santé mentale

Le critère suivant doit être rempli pour déterminer un trouble de santé mentale :

L'étudiant est soumis à des limitations fonctionnelles en raison d'un trouble de santé mentale, ce qui nuit au bon fonctionnement scolaire de l'étudiant pendant ses études postsecondaires.

Selon mon opinion professionnelle, je confirme que l'étudiant souffre d'un trouble de santé mentale diagnostiqué officiellement.

- OU -

Je confirme que je suis dans le processus d'évaluer la condition de l'étudiant pour établir un diagnostic.

Durée du trouble de santé mentale

L'étudiant souffre d'un **trouble de santé mentale permanent** (prévu d'être présent tout au long de la vie de l'étudiant) avec des symptômes :

- chroniques
- épisodiques

L'étudiant souffre d'un trouble de santé mentale temporaire avec des symptômes :

- qui s'améliorent avec le temps
- épisodiques

La durée prévue du trouble de santé mentale est du _____ au _____.

Plan de traitement

1. Si un diagnostic a été confirmé, veuillez indiquer la date du premier diagnostic :

2. Depuis combien de temps traitez-vous l'étudiant?

3. Allez-vous surveiller l'étudiant régulièrement?

- oui, chaque _____.
- non, cet étudiant sera suivi par _____.

4. Si un médicament a été prescrit à l'étudiant pour cette condition, pouvez-vous indiquer les effets secondaires actuels (le cas échéant) qui pourraient avoir un impact sur la performance scolaire de l'étudiant? _____

5. Est-ce que l'étudiant souffre de limites fonctionnelles à certains moments de la journée? Veuillez cocher tout ce qui s'applique : Avant-midi Après-midi Soirée
Veuillez préciser : _____

6. Est-ce que l'étudiant reçoit d'autres traitements ou thérapies?

Limitations fonctionnelles

Veuillez évaluer la gravité de l'impact spécifique au **milieu universitaire** :

Attention et concentration	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Gestion des distractions internes	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Gestion des distractions externes	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Mémoire	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Traitement de l'information	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Pensée rationnelle	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Gestion du temps	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Organisation	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Participation en salle de classe	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Assiduité	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				

Capacité de contrôler ses émotions	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Gestion du stress	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Niveau d'énergie	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				
Autre :	<input type="checkbox"/> aucun impact	<input type="checkbox"/> impact léger	<input type="checkbox"/> impact modéré	<input type="checkbox"/> impact grave
Si grave, décrire l'impact :				

Considérations académiques

Premier cycle : généralement, les programmes de premier cycle exigent un minimum de cinq cours par session pour qu'un étudiant soit considéré à temps plein.

Deuxième et troisième cycle : généralement, les programmes de deuxième et de troisième cycle exigent un minimum de deux cours par semestre pour qu'un étudiant soit considéré à temps plein.

1. Selon votre opinion professionnelle, êtes-vous d'avis que l'étudiant est en mesure de maintenir une pleine charge de cours de :

cinq cours ou plus? oui non

quatre cours (charge de cours réduite)? oui non

deux à trois cours? oui non

2. Selon votre opinion professionnelle, êtes-vous d'avis que l'étudiant est en mesure de compléter des cours universitaires avec un soutien académique?

oui non

Renseignements supplémentaires

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire qui pourrait nous aider à appuyer l'étudiant.

VÉRIFICATION DU PROFESSIONNEL ÉVALUANT L'ÉTUDIANT

Veillez préciser le type de praticien :

- Psychologue
- Psychiatre
- Praticien général
- Autre : _____

Je certifie par la présente que j'ai fourni des soins de santé à _____, un étudiant de l'Université d'Ottawa. J'ai fourni les renseignements ci-haut aux fins d'évaluation de mesures d'adaptation scolaires par l'Université, le cas échéant. **Je comprends que l'Université pourrait communiquer avec moi afin de vérifier ces informations**, mais je ne serai pas obligé de fournir des renseignements supplémentaires sans le consentement de l'étudiant.

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Signature : _____

Date : _____

Adresse : _____

Tampon :

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

