

DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UNE LÉSION CÉRÉBRALE ACQUISE*

ÉTUDIANT

Je comprends que ce formulaire sera remis au SASS – Accommodements scolaires de l'Université d'Ottawa pour les fins suivantes :

- confirmer lésion cérébrale acquise;
- déterminer si le problème médical est permanent ou temporaire;
- évaluer les limitations fonctionnelles dans le milieu d'apprentissage;
- aider le SASS – Accommodements scolaires à déterminer les mesures d'adaptation et le soutien appropriés.

**Les renseignements fournis pourraient être utilisés pour évaluer les besoins en matière de soutien à l'apprentissage, d'accommodements scolaires ou d'accès à une multitude d'avantages, y compris les subventions gouvernementales.*

_____ NOM DE L'ÉTUDIANT

_____ NUMÉRO D'ÉTUDIANT

_____ SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

_____ DATE

QUI PEUT REMPLIR LE FORMULAIRE?

La documentation doit être remplie par le **médecin de famille, l'infirmier praticien, le psychologue agréé, le neuropsychologue ou le médecin spécialiste en médecine sportive** de l'étudiant. Le professionnel de la santé connaît les antécédents du patient et est autorisé à poser un diagnostic et à traiter les lésions cérébrales acquises. L'étudiant ne doit pas remplir le certificat médical ou les limitations fonctionnelles.

QUI CONSULTE ET UTILISE CES RENSEIGNEMENTS?

Les renseignements fournis seront utilisés aux fins décrites ci-dessus et seront confidentiels en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). Pour toute autre question, veuillez communiquer avec nous.

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE, LE PSYCHOLOGUE AGRÉÉ, LE NEUROPSYCHOLOGUE OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE SPORTIVE

ÉNONCÉ DU DIAGNOSTIC	Je confirme que je suis en train d'évaluer l'état de santé de l'étudiant afin de poser un diagnostic.	LES TESTS DIAGNOSTIQUES SERONT TERMINÉS LE :	OR	VEUILLEZ INDIQUER LE DIAGNOSTIC CONFIRMÉ :
		_____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR		
DURÉE DE LA SITUATION DE HANDICAP	PERMANENTE : On s'attend à ce que la situation de handicap soit présente pendant toute la durée des études postsecondaires.	TEMPORAIRE : La durée prévue de la situation de handicap est du	au	DURÉE INCONNUE <i>(Note : Les mesures d'adaptation seront mises en place pour un semestre jusqu'à ce que d'autre documentation soit fournie).</i>
		_____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR		_____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR
SYMPTÔMES VARIABLES :	La situation de handicap de l'étudiant comprend des symptômes variables.			

PLAN DE TRAITEMENT Veuillez mettre ce document à jour si le plan de traitement est modifié.

- SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ CONFIRMÉ, À QUAND REMONTE LA PLUS RÉCENTE BLESSURE À LA TÊTE?
- DEPUIS COMBIEN DE TEMPS TRAITÉZ-VOUS L'ÉTUDIANT POUR CETTE BLESSURE?
- COMBIEN DE BLESSURES À LA TÊTE L'ÉTUDIANT A-T-IL SUBIES PAR LE PASSÉ?
- ALLEZ-VOUS SURVEILLER L'ÉTUDIANT RÉGULIÈREMENT?
OUI, CHAQUE _____ NON, CET ÉTUDIANT SERA SUIVI PAR _____
- SI UN MÉDICAMENT A ÉTÉ PRESCRIT À L'ÉTUDIANT POUR CE PROBLÈME MÉDICAL, POUVEZ-VOUS INDIQUER LES EFFETS SECONDAIRES ACTUELS (LE CAS ÉCHÉANT) QUI POURRAIENT NUIRE À SON RENDEMENT SCOLAIRE?
- L'ÉTUDIANT SOUFFRE-T-IL DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES À CERTAINS MOMENTS DE LA JOURNÉE? VEUILLEZ COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT:
AVANT-MIDI _____ APRÈS-MIDI _____ SOIRÉE _____ VEUILLEZ PRÉCISER : _____
- EST-CE QUE L'ÉTUDIANT REÇOIT D'AUTRES TRAITEMENTS OU THÉRAPIES?
- L'ÉTUDIANT A-T-IL SUBI UNE ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE? OUI _____ NON _____
- VEUILLEZ INDIQUER TOUT DIAGNOSTIC SUPPLÉMENTAIRE QUI POURRAIT INFLUER SUR LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE (EX. : TROUBLE D'APPRENTISSAGE, TDAH, TROUBLE PSYCHIATRIQUE, TROUBLE DU SOMMEIL) :

SASS - Service d'accommodements scolaires

55, ave Laurier est, pavillon Desmarais, bureau 3172, Ottawa (Ontario) K1N 6N5
Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | adapt@uOttawa.ca



LIMITATIONS FONCTIONNELLES POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR LES ÉTUDES UNIVERSITAIRES

	AUCUN IMPACT Peu susceptible d'affecter la capacité de répondre aux exigences scolaires.	IMPACT LÉGER Peut probablement répondre aux exigences scolaires, mais le rendement est légèrement affecté; déficience légère et symptômes minimes.	IMPACT MODÉRÉ L'étudiant requiert un soutien modéré ou peu de mesures d'adaptation pour réussir.	IMPACT GRAVE Incapacité importante à répondre aux exigences scolaires, ex. : incapable de terminer certains travaux, incapable de passer certains tests ou examens.
ATTENTION ET CONCENTRATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
MÉMOIRE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
TRAITEMENT DE L'INFORMATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
PENSÉE RATIONNELLE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DU TEMPS / ORGANISATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
CAPACITÉ DE CONTRÔLER SES ÉMOTIONS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DU STRESS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
NIVEAU D'ÉNERGIE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
ÉQUILIBRE/ ÉTOURDISSEMENTS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
MAUX DE TÊTE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
NAUSÉE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
SENSIBILITÉ À LA LUMIÈRE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
PROBLÈMES VISUELS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
SENSIBILITÉ À LA LUMIÈRE OU AU BRUIT	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	

SASS - Service d'accommodements scolaires

55, ave Laurier est, pavillon Desmarais, bureau 3172, Ottawa (Ontario) K1N 6N5
 Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | adapt@uOttawa.ca



CHARGE DE TRAVAIL SCHOLAIRE

PREMIER CYCLE : En règle générale, un minimum de 4 cours par trimestre est considéré comme une charge de cours à temps plein.

ÉTUDES SUPÉRIEURES : En règle générale, un minimum de 2 cours par trimestre est considéré comme une charge de cours à temps plein.

1. SELON VOTRE OPINION PROFESSIONNELLE, ÊTES-VOUS D'AVIS QUE L'ÉTUDIANT EST EN MESURE DE MAINTENIR UNE CHARGE DE COURS DE :

5 COURS OU PLUS? OUI NON | 4 COURS (CHARGE DE COURS RÉDUITE À TEMPS PLEIN)? OUI NON | 2 OU 3 COURS? OUI NON

2. SELON VOTRE OPINION PROFESSIONNELLE, ÊTES-VOUS D'AVIS QUE L'ÉTUDIANT EST EN MESURE DE SUIVRE DES COURS UNIVERSITAIRES TOUT EN ADHÉRANT AU PLAN DE TRAITEMENT ET EN AYANT DU SOUTIEN SCOLAIRE EN PLACE?

OUI NON

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

VEUILLEZ FOURNIR TOUT RENSEIGNEMENT SUPPLÉMENTAIRE QUI POURRAIT NOUS AIDER À APPUYER L'ÉTUDIANT.

VÉRIFICATION DU MÉDECIN ÉVALUANT L'ÉTUDIANT

VEUILLEZ PRÉCISER LE TYPE DE PRATICIEN :

PSYCHOLOGUE AGRÉÉ NEUROPSYCHOLOGUE PSYCHIATRE MÉDECIN DE FAMILLE
AUTRES :

Je fournis les renseignements ci-dessus aux fins d'évaluation de mesures d'adaptation scolaire par l'Université, le cas échéant. **Je comprends que l'Université pourrait communiquer avec moi afin de vérifier ces renseignements**, mais ne serai pas tenu de fournir de renseignements supplémentaires sans le consentement de l'étudiant.

NOM		ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO/ NUMÉRO DE PERMIS
ADRESSE		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	
TAMPON (SI DISPONIBLE) :		
SIGNATURE		
DATE		

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

Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'autorité de la Loi de l'Université d'Ottawa, S.O. 1965, C.137. Les renseignements personnels seront protégés en tout temps en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions concernant la collecte de renseignements, veuillez [communiquer avec le Bureau de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée](#).