

DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

ÉTUDIANT

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

- confirmer la présence d'un trouble de santé mentale
- 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 psychiatre ou le psychologue** de l'étudiant. Le professionnel de la santé connaît les antécédents du patient et est autorisé à poser un diagnostic et à traiter le problème médical. **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, L'INFIRMIER PRATICIEN, LE PSYCHIATRE OU LE PSYCHOLOGUE

DIAGNOSTIC DU DSM-5

SI L'ÉTUDIANT CONSENT À DIVULGUER UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE, VEUILLEZ INDIQUER LE DIAGNOSTIC DU DSM-5.

SELON MON OPINION PROFESSIONNELLE, JE CONFIRME QUE L'ÉTUDIANT EST ATTEINT D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE DIAGNOSTIQUÉ OFFICIELLEMENT.

OR

JE CONFIRME QUE JE SUIS EN TRAIN D'ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉTUDIANT AFIN DE POSER UN DIAGNOSTIC.

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

_____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR au _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR

DURÉE INCONNUE

(Note : Les mesures d'adaptation seront mises en place pour un semestre jusqu'à ce que d'autre documentation soit fournie).

SYMPTÔMES VARIABLES :

La situation de handicap de l'étudiant comprend des symptômes variables.

TREATMENT PLAN Please update this document if the treatment plan changes.

1. SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ CONFIRMÉ, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU PREMIER DIAGNOSTIC :

2. ALLEZ-VOUS SURVEILLER L'ÉTUDIANT RÉGULIÈREMENT?

OUI, CHAQUE

NON, L'ÉTUDIANT SERA SUIVI PAR

3. 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?

4. 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

5. EST-CE QUE L'ÉTUDIANT REÇOIT D'AUTRES TRAITEMENTS OU THÉRAPIES?

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 | adept@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	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DES DISTRACTIONS INTERNES	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DES DISTRACTIONS EXTERNES	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
MÉMOIRE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
TRAITEMENT DE L'INFORMATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
PENSÉE RATIONNELLE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DU TEMPS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
ORGANISATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
PARTICIPATION EN CLASSE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
CAPACITÉ DE CONTRÔLER SES ÉMOTIONS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DU STRESS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
NIVEAU D'ÉNERGIE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	
AUTRES	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	SI GRAVE, DÉCRIRE L'IMPACT :	

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

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 | adept@uOttawa.ca



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 PSYCHIATRE INFIRMIER PRATICIEN MÉDECIN DE FAMILLE

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**.