

DEMANDE D'INFORMATIONS MÉDICALES

À la praticienne de la santé.
Au praticien de la santé,

Cette étudiante ou cet étudiant souhaite s'inscrire auprès du *Service d'accessibilité* du Collège Boréal. Ce service est responsable d'évaluer les besoins et d'établir les accommodements académiques pour les étudiantes et étudiants ayant des besoins particuliers. Notre but est de leur donner la possibilité de démontrer leur plein potentiel en répondant aux exigences des cours de leur programme tout en maintenant l'intégrité académique. Nous sommes mandatés par les *Politique et directives concernant le handicap et l'obligation d'accommodement de la Commission ontarienne des droits de la personne*, le *Code des droits de la personne de l'Ontario*, la *Loi de 2005 sur l'accessibilité des personnes handicapées de l'Ontario* ainsi que les *Normes d'accessibilité pour les services à la clientèle* et les *normes d'accessibilité intégrées* du Collège Boréal.

Le but de ce formulaire est de fournir une approche systémique pour permettre aux praticiennes et praticiens de la santé licencié(e)s de documenter les limitations fonctionnelles associées à la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à effectuer les activités scolaires liées à ses études postsecondaires. **Nous comptons sur vos connaissances de la condition de l'étudiante ou l'étudiant afin de clairement décrire son incidence sur sa capacité à répondre aux exigences scolaires en milieu postsecondaire.**

Ce formulaire est destiné principalement aux étudiantes et étudiants qui :

- ont un handicap **permanent** de nature médicale ou de santé mentale avec des symptômes continus ou épisodiques ayant un impact sur son éducation collégiale;
- ont un handicap **temporaire** de nature médicale ou de santé mentale avec des symptômes continus ou épisodiques ayant un impact sur son éducation collégiale;
- sont en évaluation afin de déterminer un diagnostic médical ou de santé mentale. Des accommodements temporaires peuvent être fournis dans une telle situation.

Comme vous le savez, l'environnement postsecondaire implique que les étudiants puissent compléter des projets, faire des tests et examens, faire de la recherche et enfin puissent assumer toutes les responsabilités exigées par une éducation supérieure. Les renseignements que vous fournissez devraient permettre l'évaluation et la mise en place des accommodements de l'étudiant.

Selon le *Code des droits de la personne de l'Ontario*, il n'est pas nécessaire de fournir un diagnostic spécifique pour accéder à des services et des accommodements académiques. Les étudiantes et étudiants sont donc invités, en première page de ce document, à indiquer s'ils fournissent le consentement à la divulgation de leur diagnostic.

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir toutes les sections de ce document médical et d'y inclure tous renseignements additionnels pertinents.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Téléphone : 1.800.361.6673, poste 2020
Courriel : servicedaccessibilite@collegeboreal.ca
Télécopieur : 705.521.6004

DEMANDE D'INFORMATIONS MÉDICALES

Ce formulaire servira à déterminer l'admissibilité de votre patient à la mise en place d'accommodements au Collège Boréal. Toutes les informations reçues resteront strictement confidentielles et n'auront aucune incidence sur les décisions concernant l'admission.

À noter : Étudiants ayant un trouble d'apprentissage**

Ce formulaire n'est pas destiné au partage d'informations à propos d'un trouble d'apprentissage. Dans ce cas, il faudra nous fournir une copie de la plus récente évaluation psychoéducative.

Note : Il incombe à l'étudiant de payer les frais encourus (s'il y a lieu) pour la préparation de ce document médical.

SECTION A : doit être complétée par l'étudiant

Nom : _____ D.D.N. (JJ/MM/AAAA) : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Consentement de l'étudiant à l'échange de renseignements en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004.

Je, _____, autorise mon praticien de la santé à l'échange d'informations avec le Service d'accessibilité du Collège Boréal. Selon le Code des droits de la personne de l'Ontario, il n'est pas nécessaire de fournir un diagnostic spécifique pour accéder à des services et accommodements académiques.

Consentement de l'étudiant au partage du diagnostic.

Veillez cocher une des cases suivantes :

- Oui, je donne mon consentement à la divulgation de mon diagnostic.
 Non, je ne donne pas mon consentement à la divulgation de mon diagnostic.

Signature de l'étudiant

Date

SECTION B : doit être complétée par un praticien de la santé licencié

Les critères suivants doivent être respectés afin de déterminer la présence d'un handicap.

1. L'étudiant a une ou des limitation(s) fonctionnelle(s).
2. La ou les limitation(s) fonctionnelle(s) altère(nt) le fonctionnement scolaire de l'étudiant au niveau postsecondaire.

Sélectionnez l'option appropriée :

- L'étudiant a un handicap **permanent** présentant des symptômes qui sont : continus **OU** récurrents/épisodiques.
- L'étudiant a un handicap **temporaire** présentant des symptômes qui sont : continus **OU** récurrents/épisodiques.
Des accommodements temporaires devraient être procurés jusqu'à (indiquer la date)* : _____
JJ/MM/AAAA
- L'étudiant est **en évaluation** afin de déterminer un diagnostic.
Des accommodements temporaires devraient être procurés jusqu'à (indiquer la date)* : _____
JJ/MM/AAAA

*Une mise à jour de la documentation sera requise après cette date

Médication : Est-ce que l'étudiant a des médicaments prescrits pouvant avoir un impact sur son fonctionnement académique? Oui Non Si oui, veuillez en décrire l'impact :

Diagnostic (si le consentement a été donné) : Lorsque cela s'applique, utilisez les critères du DSM-5

ÉVALUATION DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES : Impact des limitations fonctionnelles sur le rendement scolaire

Compétences/Habilités	Aucun impact	Impact léger	Impact modéré	Impact sévère	Inconnu
COGNITION					
Attention/concentration					
Mémoire à long terme					
Mémoire à court terme					
Fonctions exécutives (p. ex., planification, organisation, résolution de problèmes)					
Traitement de l'information (p. ex., auditive, verbale, écrite)					
Gestion des distractions					
PHYSIQUE					
Mobilité					
Motricité globale					
Motricité fine					
Aptitude à s'asseoir pour une période de temps prolongée					
Aptitude à se tenir debout pendant une période de temps prolongée					
SENSORIEL					
Vision (avec correction) : veuillez décrire au bas de la page					
Audition (avec correction) : veuillez décrire au bas de la page					
Langage : veuillez décrire au bas de la page					
SOCIAL/ÉMOTIONNEL					
Interactions en groupe en salle de classe					
Présentations orales en salle de classe					
AUTRE : (veuillez spécifier)					

Commentaires. Au besoin, veuillez fournir des renseignements supplémentaires sur les limitations fonctionnelles.

Considérez-vous que l'étudiant est capable de :

- Maintenir les activités académiques exigées par son programme de choix? Oui Non

Sinon, veuillez commenter : _____

- Participer à un stage pratique? Oui Non

Sinon, veuillez commenter : _____

Accommodements recommandés :

- Charge de cours réduite (nombre de cours réduit chaque semestre) Oui Non
- Équipement spécialisé (p. ex., ordinateur, ameublement ergonomique, amplification) Oui Non
- Technologie adaptative (p. ex., logiciels spécialisés) Oui Non
- Services spécialisés (p. ex., preneur de notes, livres en format accessible, interprétation LSQ) Oui Non
- Accommodements pour les tests et examens (p. ex., temps suppl. salle solitaire) Oui Non

- Autre : _____

Commentaires or information additionnelle :

SECTION C : doit être complétée par un praticien de la santé licencié

Je, _____, suis un praticien de la santé licencié et ce rapport reflète mon
nom complet en caractères d'imprimerie
 opinion clinique actuelle, à l'intérieur de mon champ de pratique.

Signature : _____ Numéro de licence : _____

Date : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Sceau officiel :

Profession :

- Médecin – Omnipraticien
- Médecin – Autre : _____
- Infirmier/infirmière praticien(ne)
- Psychologue
- Autre : _____

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire.

Veuillez le remettre à l'étudiant ou le retourner à l'adresse courriel suivante : servicedaccessibilite@collegeboreal.ca
 ou par télécopieur : 705-521-6004.