

<input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Soins généraux en santé mentale <input type="checkbox"/> Médecine générale <input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Service d'accommodements scolaires (spécialiste de l'apprentissage) <input type="checkbox"/> Promotion de la santé Autre _____
MOTIF DE LA TRANSMISSION DU DOSSIER	
<input type="checkbox"/> Clarification d'un diagnostic simple <input type="checkbox"/> Clarification d'un diagnostic complexe <input type="checkbox"/> Gestion des médicaments ou des ordonnances <input type="checkbox"/> Suivi d'un examen médical <input type="checkbox"/> Évaluation de la santé mentale ou du mieux-être <input type="checkbox"/> Accommodements scolaires <input type="checkbox"/> Finances <input type="checkbox"/> Drogues et alcool	<input type="checkbox"/> Dynamique familiale ou décès d'un être cher <input type="checkbox"/> Insécurité résidentielle <input type="checkbox"/> Isolement social / comportement <input type="checkbox"/> Intégration à l'Université <input type="checkbox"/> Intégration au Canada / immigration <input type="checkbox"/> Voie de fait, violence conjugale, discrimination, harcèlement <input type="checkbox"/> Autre _____
Explication, détails des besoins de la personne, situation	
À DES FINS D'ACCOMMODEMENTS SCOLAIRES : DIFFICULTÉS EXPRIMÉES PAR L'ÉTUDIANT OU L'ÉTUDIANTE	
<input type="checkbox"/> Attention et concentration <input type="checkbox"/> Mémoire <input type="checkbox"/> Traitement de l'information <input type="checkbox"/> Fonctions exécutives <input type="checkbox"/> Participation ou présence en classe <input type="checkbox"/> Maîtrise des émotions <input type="checkbox"/> Gestion du stress	<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière et au bruit <input type="checkbox"/> Allergènes <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Autre :
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (santé physique et mentale)	
Diagnostic (si connu) :	
Médicaments actuels :	
Médicaments antérieurs (s'il y a lieu) :	

Allergies :

Antécédents médicaux ou psychiatriques significatifs :

Hospitalisations attribuables à des troubles médicaux ou psychiatriques Oui Non Dans l'affirmative, précisez les dates et les motifs d'hospitalisation.