

DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

ÉTUDIANT

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

- confirmer la présence d'un trouble du spectre de l'autisme;
- évaluer les limitations fonctionnelles dans le milieu d'apprentissage;
- aider le Service d'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 DE L'ÉTUDIANT

_____ SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

_____ DATE

QUI PEUT REMPLIR LE FORMULAIRE?

La documentation doit être remplie par le **psychologue agréé, le neuropsychologue, le psychiatre ou le médecin de famille** de l'étudiant. Le professionnel de la santé connaît les antécédents du patient et est autorisé à poser un diagnostic et à traiter le trouble du spectre de l'autisme (TSA). **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 PSYCHOLOGUE AGRÉÉ, LE NEUROPSYCHOLOGUE, LE PSYCHIATRE OU LE MÉDECIN DE FAMILLE

ÉNONCÉ DU DIAGNOSTIC	Je confirme que je suis en train d'évaluer l'état de santé de l'étudiant afin de poser un diagnostic.	OU	Je confirme le diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme dont le degré est :		
			LÉGER	MODÉRÉ	GRAVE

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

- SI UN DIAGNOSTIC A ÉTÉ CONFIRMÉ, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU PREMIER DIAGNOSTIC :
- DEPUIS COMBIEN DE TEMPS TRAITÉZ-VOUS L'ÉTUDIANT?
- 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?
- QUELS SOUTIENS LIÉS À LA SITUATION DE HANDICAP RECOMMANDEZ-VOUS?
COUNSELING INDIVIDUEL FORMATION SUR LES HABILITÉS SOCIALES STRATÉGIES D'APPRENTISSAGE COACH EN GESTION DU TEMPS
MENTOR OTHER:
- VEUILLEZ INDIQUER LES DIAGNOSTICS MULTIPLES OU LES PROBLÈMES CONCOMITANTS :

Service d'accommodements scolaires

100 Marie-Curie Privé, Suite 408, Ottawa ON K1N 9N3
Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | adapt@uOttawa.ca



À remplir seulement par psychologue agréé, le neuropsychologue, le psychiatre ou le médecin de famille

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 MILD IMPACT	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
TRAITEMENT DE L'INFORMATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
ASSIDUITÉ	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
COMMUNICATION AVEC LES PROFESSEURS, LES CHARGÉS DE COURS ET LE PERSONNEL	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
INTERACTIONS SOCIALES AVEC LES PAIRS	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
PROJETS DE GROUPE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
EXPOSÉS ORAUX	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
GESTION DU TEMPS ET ORGANISATION	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
PARTICIPATION APPROPRIÉE EN CLASSE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
SENSIBILITÉ AUX CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
ADAPTATION AUX CHANGEMENTS D'HORAIRE	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
AUTRES	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT 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

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 SCHOLAIRE EN PLACE?

OUI NON

VEUILLEZ EXPLIQUER :

Service d'accommodements scolaires

100 Marie-Curie Privé, Suite 408, Ottawa ON K1N 9N3
Téléphone : 613.562.5976 | Télécopie : 613-562-5159 | adapt@uOttawa.ca



À remplir seulement par psychologue agréé, le neuropsychologue, le psychiatre ou le médecin de famille

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 / 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](#).