

DOCUMENTATION ATTESTANT LA PRÉSENCE D'UN PROBLÈME PHYSIQUE OU CHRONIQUE

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 problème médical;
- déterminer si le problème médical est permanent ou temporaire;
- 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 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 ou le médecin spécialiste** 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 physique ou chronique. **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 OU LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

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 :

ANNEE MOIS JOUR

OR

VEUILLEZ INDIQUER LE DIAGNOSTIC CONFIRMÉ :

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

ANNEE MOIS JOUR

au

ANNEE 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.

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

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

2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS TRAITEZ-VOUS L'ÉTUDIANT?

3. ALLEZ-VOUS SURVEILLER L'ÉTUDIANT RÉGULIÈREMENT?

OUI, CHAQUE

NON, L'ÉTUDIANT SERA SUIVI PAR

4. CONSIDÉREZ-VOUS LE PROBLÈME MÉDICAL : LÉGER MODÉRÉ GRAVE

5. 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?

6. 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

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

À remplir seulement par médecin de famille, l'infirmier praticien ou le médecin spécialiste

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR LES ÉTUDES UNIVERSITAIRES**

	<b>AUCUN IMPACT</b> Peu susceptible d'affecter la capacité de répondre aux exigences scolaires.	<b>IMPACT LÉGER</b> Peut probablement répondre aux exigences scolaires, mais le rendement est légèrement affecté; déficience légère et symptômes minimes.	<b>IMPACT MODÉRÉ</b> L'étudiant requiert un soutien modéré ou peu de mesures d'adaptation pour réussir.	<b>IMPACT GRAVE</b> Incapacité importante à répondre aux exigences scolaires, ex. : incapable de terminer certains travaux, incapable de passer certains tests ou examens.
<b>DOULEUR</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>MARCHER</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>S'ASSECOIR</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>SE TENIR DEBOUT</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>COORDINATION MOTRICE FINE</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>ÉQUILIBRE / COORDINATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>GESTION DU TEMPS</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>ORGANISATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>NIVEAU D'ÉNERGIE</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>ATTENTION / CONCENTRATION</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>GESTION DU STRESS</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>TRAITEMENT DE L'INFORMATION</b>	NO IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>MÉMOIRE</b>	NO IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>SENSIBILITÉS ENVIRONNEMENTALES</b> Ex: lumière, bruit, allergies. Veuillez préciser.	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	
<b>AUTRES</b>	AUCUN IMPACT IMPACT LÉGER	IMPACT MODÉRÉ IMPACT GRAVE	DÉCRIRE L'IMPACT :	

**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](mailto:adapt@uOttawa.ca)



À remplir seulement par médecin de famille, l'infirmier praticien ou le médecin spécialiste

**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

**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 :

CHIRUGIEN    INFIRMIER PRATICIEN    MÉDECIN SPÉCIALISTE    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 / 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**.

**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

