



Confirmation de handicap relievant la santé mentale

Glendon
Accessibility,
Well-Being and
Counselling
Centre

Cette Section doit être remplie et signée par l'étudiant/e avant de demander à un professionnel de la santé de remplir le formulaire de documentation médicale

2275 Bayview Ave
Glendon Hall, 111A
Toronto, On
Canada
M4N 3M6
T 416 487 6709
F 416 440 9237
www.glendon.yorku.
ca/counselling

Conformément à la politique de la Commission ontarienne des droits de la personne sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux, les dépendances et les lignes directrices de l'université York pour les étudiants (es) ayant accès aux services de santé mentale (MHDS), les étudiants ne sont pas tenus de divulguer leur diagnostic médical pour s'inscrire aux MHDS ou pour obtenir des accommodements. Cependant, la Commission ontarienne des droits de la personne reconnaît que les services d'accessibilité pour personnes en situation de handicap sont compétents pour traiter des questions d'accommodements en milieu universitaire et, à ce titre, peuvent jouer un rôle essentiel d'assistance avec ce processus d'accommodements. Si vous le souhaitez, vous pouvez divulguer volontairement votre diagnostic au Centre d'accessibilité, bien-être et counseling de Glendon.

Divulguer votre diagnostic peut-être nécessaire pour établir votre admissibilité à certaines bourses ou subventions financées par le gouvernement fédéral ou provincial et des bourses financées par des fonds privés. Ce formulaire peut être utilisé pour établir l'admissibilité à une telle aide financière, à condition que vous ayez consenti à la divulgation de votre diagnostic de santé mentale.

Si vous choisissez de consentir à la divulgation de votre diagnostic, vous devez cocher la case ci-dessous. Votre consentement permet à votre médecin en soins de santé de remplir la section pertinente du formulaire.

Je consens à divulguer le diagnostic de ma santé mentale

Signature de l'étudiant/e

Écrire en Majuscules:

| | |
|------------------------------------|--|
| Prénom de l'étudiant/e | |
| Nom de l'étudiant/e | |
| Date de naissance (mm/jj/aaaa) | |
| Numéro d'étudiant/e | |
| | |
| Numéro de téléphone (maison/Cell) | |
| Address courriel | |

Section B: Professionnel de la santé mentale agréé

Cher professionnel de la santé mentale:

Un(e) étudiant(e), qui désire s'inscrire aux services d'accessibilité pour étudiants ayant des troubles mentaux de l'Université York, vous a demandé de remplir la documentation ci-jointe. Les services d'accessibilité sont un programme de soutien éducatif qui **s'adresse principalement aux étudiants(es) ayant des troubles mentaux chroniques, persistants et permanents, et qui ont besoin d'accommodements académiques durant leurs études universitaires.** Des accommodements provisoires peuvent être également prévus pour les étudiants(es) qui sont en cours d'évaluation pour troubles mentaux.

Comme vous le savez, l'environnement post-secondaire consiste à passer des examens, à effectuer des recherches, à accomplir des tâches et à assumer la responsabilité de ses activités d'enseignement supérieur. Le but de la documentation médicale / psychologique est de permettre aux conseillers en accessibilité de recommander des accommodements académiques appropriés pour les étudiants ayant un diagnostic de DSM-V.

Nous sommes tenus de rendre des comptes en vertu du Code des droits de la personne de l'Ontario et de la politique du Sénat de l'Université York sur les mesures d'accommodements pour les étudiants en situation de handicap. Ces lignes directrices nous aident à fournir des accommodements qui offrent une égalité des chances à ces étudiants(es) sans créer un avantage injuste ou nuire à l'intégrité académique. **Nous comptons sur vos connaissances approfondies du handicap de cet(te) étudiant(e), y compris une liste de limitations et de restrictions fonctionnelles qui pourraient avoir une incidence sur ses études, ainsi que sur vos recommandations pour nous permettre d'offrir des accommodements appropriés.**

Nous vous remercions de votre aide dans le but de réduire les obstacles auxquels font face les étudiants en situation de handicap tout en respectant les normes académiques de l'université.

Le présent formulaire doit être rempli par un médecin autorisé ou par un psychologue agréé.

Formulaire d'évaluation des limitations fonctionnelles pour les étudiants de niveau post-secondaire ayant un handicap relié à la santé mentale

REMARQUE : Il faut répondre au critère suivant pour qu'un handicap soit déterminé :

L'étudiant(e) souffre de limitations fonctionnelles en raison d'un état de santé mentale qui altèrent son fonctionnement académique alors qu'elle/il poursuit des études post-secondaires.

Veillez cocher l'une des cases à gauche :

Je confirme que cet(te) étudiant(e) a un handicap fondé sur un état de santé mentale diagnostiqué selon le critère mentionné ci-dessus

ou

Je confirme que je suis en train de surveiller et d'évaluer l'état de santé mentale de l'étudiant(e) afin d'arriver à un diagnostic et cette évaluation devrait être complétée d'ici le

_____ Date

Si l'étudiant(e) a consenti à divulguer aux services d'accessibilité un diagnostic spécifique (comme indiqué par sa signature à la page 1), veuillez fournir, ci-dessous, le code DSM-V et le diagnostic.

Durée du handicap :
Compléter #1 ou, #2 ou #3

1. L'étudiant(e) a un **handicap permanent** (ce handicap est un trouble mental à vie) dont les symptômes sont :

continus OU

récurrents/épisodes

2. L'étudiant(e) a un **handicap temporaire** dont les symptômes sont :

continus OU

récurrents/épisodes

Des accommodements académiques doivent être accordés du _____ au _____ *

3. L'étudiant(e)

fait l'objet d'une évaluation afin qu'un diagnostic puisse être posé.*

* Le Centre ABC exige une documentation à jour afin de pouvoir continuer à accorder des accommodements à l'étudiant(e).

Médicaments

Si des médicaments ont été prescrits à l'étudiant(e) pour cet état de santé, à quel moment ces médicaments risquent-ils d'avoir des effets négatifs sur son fonctionnement académique (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Matin

Après-Midi

Soir

S.O

Limitation Fonctionnelles

À l'aide de l'échelle suivante, veuillez noter l'impact des déficiences causées par le handicap ainsi que par les effets éventuels des médicaments (le cas échéant) sur les domaines de fonctionnement ci-dessous.

| Aptitude cognitive et capacité | 1 Dans des limites normales pas de limitation fonctionnelles évidentes dans ce domaine | 2 Faible Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | 3 Modéré Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | 4 Grave Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | Impossible à évaluer ou inconnu dans ce domaine |
|---|--|--|--|---|---|
| Attention et concentration | | | | | |
| Mémoire à courte terme | | | | | |
| Mémoire à long terme | | | | | |
| Traitement d'information | | | | | |
| Aptitude à gérer les distractions | | | | | |
| Fonctionnement exécutif | | | | | |
| Organisation | | | | | |
| Planification | | | | | |
| Ordonnancement | | | | | |
| Gestion du temps | | | | | |
| Capacité à respecter les dates échéance des devoirs | | | | | |
| Capacité de prendre des notes pendant les cours | | | | | |

Commentaires : Veuillez développer tout domaine où il est nécessaire de donner plus d'explications

| Fonctionnement comportemental socioémotionnel | 1 Dans des limites normales pas de limitation fonctionnelles évidentes dans ce domaine | 2 Faible Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | 3 Modéré Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | 4 Grave Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine | Impossible à évaluer ou inconnu dans ce domaine |
|--|---|---|---|--|---|
| Capacité de participer aux travaux de groupe | | | | | |
| Capacité de participer en salle de classes | | | | | |
| Capacité de faire des présentations orales | | | | | |
| Capacité de gérer ses émotions pendant les évaluations | | | | | |
| Commentaires : Veuillez développer tout domaine où il est nécessaire de donner plus d'explications | | | | | |

Veillez ajouter toutes limitations fonctionnelles additionnelles qui pourraient nuire au fonctionnement académique de l'étudiant(e) au cours de ses études post-secondaires :

Comment êtes-vous arrivé à cette évaluation? Cochez tous les points pertinents ci-dessous:

Entrevues structurées ou non structurées avec l'étudiant(e)

Entrevues avec d'autres personnes (Parents, enseignants, thérapeutes)

Observations comportementales

Administration de tests psychoéducatifs ou neuropsychologiques

Autre (veuillez préciser): _____

Accommodements recommandés pour l'étudiant/s :

Compte tenu des limitations fonctionnelles que vous avez identifiées ci-dessus, recommanderiez-vous des accommodements académiques pour l'étudiant(e) (p. ex., programme de cours allégé, plus de temps pour les tests/examens, souplesse dans les délais pour rendre les devoirs, assistance pour la prise de notes, etc.)?

Veillez nous indiquer les points forts de l'étudiant(e)

Certificate de handicap

Psychologues agréé et autorisé à diagnostiquer doivent remplir et signer ccette page ci-dessous pour confirmer un handicap reliev a la santé mentale

Déclaration de handicap

La déclaration d'un handicap devrait être prise en compte en ce qui concerne la gravité, l'impact et la durée; car la désignation d'un handicap permanent a des implications juridiques et l'admissibilité financière pour l'étudiant/e. Un handicap permanent est défini comme une limitation fonctionnelle due au trouble qui limite la capacité de l'étudiant/e à effectuer les activités quotidiennes nécessaires pour participer à des études post-secondaires et devrait rester avec l'étudiant pour la durée de vie prévue de celui-ci.

Selon votre opinion professionnelle, l'étudiant présentant l'état considéré constitue-t-il un handicap?

Oui

Non

Veillez cocher les descriptions appropriées qui s'applique à la condition de l'étudiant/e:

Handicap permanente et à long terme accompagnée de symptômes chroniques continus / persistants (plus d'un an avec récurrence fréquente) ou de symptômes épisodiques (> 6 mois à 1 an)

Handicap temporaire et à court terme (<6 mois) à partir de _____ au _____

Il n'y a aucune limitation fonctionnelle au context des études au niveau post-secondaire

Est-ce que la nature et la gravité du handicap de l'étudiant/e rendent l'étudiant/e incapable de répondre aux exigences d'une charge de cours complète (15 à 20 heures de cours, travaux pratiques et / ou travaux dirigés par semaine plus 25 à 30 heures d'études par semaine)?

Oui

Non

La nature et la gravité du handicap de l'étudiant/e nécessitent-elles une charge de cours réduite pour atténuer les symptômes de la maladie?

Oui

Non

Si une charge de cours réduite est nécessaire, veuillez estimer le temps maximal que l'étudiant/e devrait pouvoir consacrer à ces activités: environ _____ heures par semaine.

La charge de cours réduite sera-t-elle nécessaire pendant toute la durée du programme universitaire pour atténuer les symptômes de la maladie?

Oui

Non

Certificate de santé remplis par un médecin autorisé ou un psychologue agréé

Date (mm/jj/aaaa): _____

Nom du médecin autorisé ou psychologue agréé (en majuscules): _____

Signature du médecin autorisé ou psychologue agréé: _____

Numéro de licence: _____

Numéro d'enregistrement du psychologue: _____

Nom/Adresse/Numero de téléphone →

Veilles apposer votre cachet et votre signature

Demandez à l'étudiant/e de télécharger le formulaire complété directement dans le formulaire d'inscription pour les service en accessibilité(<https://www.glendon.yorku.ca/counselling/fr/>)

Si, pour une raison quelconque, vous ne pouvez pas joindre le formulaire médical par voie électronique, veuillez nous appeler au 416-487-6709

Consentement de l'étudiant/e

La complétion de ce formulaire est volontaire. Si vous décidez de ne pas donner votre consentement pour le moment et que des renseignements supplémentaires sont nécessaires, il peut y avoir des retards dans le processus d'établissement de vos accommodements.

Je donne mon consentement au Centre accessibilité, bien-être et counseling pour communiquer avec mon professionnel de la santé ou psychologue agréé afin de discuter de l'information fournie dans le document présent au sujet des limitations fonctionnelles ou s'il y a des questions concernant les accommodements académiques.

Signature de l'étudiant(e) : _____

Date (mm/jj/aaaa) : _____

****Remarque aux étudiants :** Si vous avez d'autres documents pertinents à votre situation, vous pouvez en inclure des copies dans ce dossier d'inscription au centre accessibilité, bien-être et counseling. Ces documents supplémentaires ne sont pas destinés à remplacer le dossier d'inscription du centre accessibilité, bien-être et counseling. Veuillez noter que nous pourrions vous demander des documents supplémentaires.