



Centre accessibilité, bien-être et counseling de Glendon Documentation médical pour la santé mentale

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

Centre
accessibilité,
bien-être et
counseling
Campus Glendon

2275 Bayview Ave
Glendon Hall, 111 A
Toronto, On
M4N 3M6
Tél: 416-487-6709
Télé: 416-440-9237
www.glendon.yorku.
ca/counseling/fr

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 permettra 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:

Nom de l'étudiant(e): _____

Prénom de l'étudiant(e): _____

Date de naissance (mm/jj/aaaa): _____

Numéro d'étudiant(e): _____

Adresse: _____

Téléphone (maison/cellulaire) : _____

Courriel: _____

Cher professionnel de la santé :

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 postsecondaire 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 étudiants du postsecondaire ayant des troubles mentaux

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 postsecondaires.

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/épisodiques

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

 continus OU
 récurrents/épisodiques

Des accommodements spéciaux 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

Limitations 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.

1	2	3	4	5
Dans des limites normales Pas de limitations fonctionnelles évidentes dans ce domaine	Faible Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Modéré Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Grave Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Impossible à évaluer ou inconnu dans ce domaine

A. Aptitudes cognitives/Capacités

Attention/Concentration	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mémoire à court terme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mémoire à long terme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Aptitude à gérer les distractions	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fonctionnement exécutif, Planification, organisation, Résolution de problèmes, Sens de l'ordre, gestion du temps	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Aptitude à respecter les délais pour rendre les devoirs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Aptitude à prendre des notes pendant les cours 1 2 3 4 5
Autres 1 2 3 4 5

Veillez préciser:

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

1	2	3	4	5
Dans des limites normales Pas de limitations fonctionnelles évidentes dans ce domaine	Faible Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Modéré Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Grave Limitation fonctionnelle évidente dans ce domaine	Impossible à évaluer ou inconnu dans ce domaine

B. Fonctionnement comportemental socioémotionnel

Aptitude à participer aux travaux de groupe 1 2 3 4 5
Aptitude à participer en salles de classe 1 2 3 4 5
Aptitude à faire des présentations orales 1 2 3 4 5
Aptitude à gérer ses émotions pendant les évaluations 1 2 3 4 5

Commentaires : *Veillez 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 postsecondaires :

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(E) :

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) :

Date (mm/jj /aaaa): _____

Nom du professionnel de la santé (en majuscules) : _____

Signature du professionnel de la santé : _____

Numéro de licence : _____

Numéro d'enregistrement du psychologue : _____

Nom /Adresse/Numéro de téléphone :

Veillez apposer votre cachet et votre signature

Veillez retourner le formulaire rempli au Centre accessibilité, bien-être et counseling (111A manoir Glendon) ou l'envoyer par télécopieur : 416-440-9237, Service d'accessibilité, Campus Glendon, à l'attention de Sylvie Aubin

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.