



## Renseignements médicaux - Formulaire F-MO4-404

**Parent/tutrice ou tuteur :** Je donne la permission au professionnel de la santé qui participe au traitement de mon enfant ou de moi-même, de me fournir, ainsi qu'au Consortium de services aux élèves de Sudbury, ce formulaire une fois rempli, qui contient l'information au sujet de toute limitation ou restriction médicale.

Signature :	Date (jour/mois/année) :	Formulaire initial <input type="checkbox"/>	Formulaire de suivi <input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	---	--

### Renseignements sur la patiente/le patient :

Nom de famille de la patiente/du patient :	Prénom :	Date de naissance (jour/mois/année) :	
Adresse (n°, rue, app.) :	Ville :	Code postal :	N° de téléphone :

### Les renseignements suivants doivent être remplis par un professionnel de la santé :

Date de l'examen (sur lequel ce rapport se fonde) : (jour/mois/année)	Nature de la maladie ou du handicap :
Désignation du professionnel de la santé : Médecin ____ Autre ____ Préciser _____	<b>Limitations ou restrictions :</b>
<b>Si l'élève est incapable de marcher à l'école, peut-il se rendre à l'école d'une autre façon?</b>	

### Décrivez brièvement les restrictions actuelles de la patiente/du patient :

--------------

### En fonction des restrictions indiquées :

- la patiente ou le patient peut marcher à l'école ou à un arrêt d'autobus **sans restrictions**.
- la patiente ou le patient peut marcher à l'école ou à un arrêt d'autobus **avec des restrictions**.
- la patiente ou le patient est physiquement incapable de marcher à l'école ou à un arrêt d'autobus à l'heure actuelle.

Veuillez indiquer les capacités ou les restrictions qui s'appliquent et fournissez tout autre détail pertinent.

<i>Marcher :</i>	<i>Se tenir debout :</i>	<i>S'asseoir :</i>	<i>Monter des marches :</i>
<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités
<input type="checkbox"/> Jusqu'à 10 minutes	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes	<input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches
<input type="checkbox"/> 10 à 30 minutes	<input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes	<input type="checkbox"/> 30 minutes à 1 heure	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> plus de 1 heure	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :

		<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
<i>Parole : se rapportant seulement au déplacement à l'école</i>	<i>Concentration : se rapportant seulement au déplacement à l'école</i>	<i>Jugement : se rapportant seulement au déplacement à l'école</i>	<i>Mémoire : se rapportant seulement au déplacement à l'école</i>
<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités	<input type="checkbox"/> Pleines capacités
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Limitée - les tâches prendront plus longtemps <input type="checkbox"/> Limitée - les tâches doivent exiger une concentration minimale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Limité - les décisions prendront plus longtemps <input type="checkbox"/> Limité - les tâches ne doivent pas exiger la prise de décision <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Limité - l'élève oubliera les tâches et peut prendre plus longtemps à se les rappeler <input type="checkbox"/> Limité - les tâches et les exigences doivent être données par écrit <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/> Hypersensibilité environnementale à : (p. ex., la chaleur, le froid, le bruit ou les odeurs)	<input type="checkbox"/> Vue (préciser) :	<input type="checkbox"/> Ouïe (préciser) :	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles des médicaments (préciser, ne pas fournir le nom des médicaments) :

**2. Durée :**

a) Quelle est la durée attendue des limitations ou restrictions?

**3. À partir de la date de cette évaluation, ce qui précède sera en vigueur pendant environ :**

\_\_\_\_\_

**4. Date à laquelle la patiente ou le patient vous a consulté la première fois au sujet de cet état :**

\_\_\_\_\_

**5. Est-ce que la patiente ou le patient continue à se faire suivre par un médecin?**

**Commentaires généraux / Limitations ou restrictions spécifiques :**

\_\_\_\_\_

Nom du professionnel de la santé (lettres moulées) :		Signature du professionnel de la santé :	
Adresse (n <sup>o</sup> , rue, app.) :		Ville :	Code postal :
Date (jour/mois/année) :	Téléphone :	Signature :	

Retourner ce formulaire rempli au Consortium de services aux élèves de Sudbury.