

Formulaire d'évaluation des limitations fonctionnelles

(Traduction libre du formulaire *Student Accessibility Services Documentation Form* créé par NOARC/CERNO)

Le présent formulaire sert à déterminer l'admissibilité de l'étudiant ou l'étudiante au Service d'accessibilité de l'Université de Hearst. Ce service est offert en collaboration avec le Centre Labelle. Afin de déterminer l'admissibilité, le Service d'accessibilité doit recevoir une confirmation du handicap ainsi que des informations de l'impact du handicap sur les études postsecondaires.

PARTIE A - À remplir par l'étudiante ou l'étudiant

Le mandat du Service d'accessibilité, qui se conforme aux exigences du Code des droits de la personne de l'Ontario, est de fournir des mesures d'accommodement individualisées afin de garantir un accès équitable aux services d'éducation. Le Service d'accessibilité utilisera les informations fournies par une professionnelle ou un professionnel de la santé pour déterminer avec vous les mesures d'accommodement dont vous aurez besoin pendant vos études à l'Université de Hearst. La professionnelle ou le professionnel de la santé réglementé.e qui remplit ce formulaire sera invité.e à décrire l'impact fonctionnel de votre handicap.

Veillez remplir la section A et demander à un ou une professionnel.le de la santé qui vous connaît bien de remplir la section B. S'il vous plait, faire parvenir le formulaire complété à l'adresse accessibilite@uhearst.ca.

NOTES : La divulgation du diagnostic est un choix et n'est pas nécessaire pour recevoir des mesures d'accommodement de la part du Service d'accessibilité. Toutes les informations fournies demeurent strictement confidentielles et ne seront partagées avec personne à l'extérieur du Service d'accessibilité sans votre consentement explicite.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT

Prénom et nom de famille :
Adresse courriel :

Date de naissance :
Numéro de téléphone :

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

Je, _____, donne l'autorisation à la professionnelle ou au professionnel de la santé de transmettre ce formulaire, et autres informations jugées pertinentes et nécessaires, au Service d'accessibilité de l'Université de Hearst.

AUTORISATION DE DIVULGATION DU DIAGNOSTIC

- Je **consens** à ce que mon diagnostic soit identifié sur ce formulaire et partagé avec le Service d'accessibilité de l'Université de Hearst.
- Je **ne consens pas** à ce que mon diagnostic soit identifié sur ce formulaire et partagé avec le Service

d'accessibilité de l'Université de Hearst.

PARTIE B - À remplir par la professionnelle ou le professionnel de la santé¹

Nous vous demandons de remplir ce formulaire pour une étudiante ou un étudiant qui souhaite recevoir des services d'accessibilité du Centre Labelle à l'Université de Hearst. Nous cherchons l'information suivante :

- 1) **confirmation du handicap, et**
- 2) **confirmation des limitations fonctionnelles du handicap sur le fonctionnement de l'étudiant/étudiante.**

Nous comptons sur votre évaluation et vos connaissances détaillées de cette étudiante ou cet étudiant afin de nous fournir une description des limitations fonctionnelles qui ont un impact sur l'étudiante ou l'étudiant dans un contexte académique. Certaines étudiantes et certains étudiants vont remplir la section des limitations fonctionnelles. Dans ces cas, nous vous demandons de mettre vos initiales pour chaque limitation indiquée par l'étudiante ou l'étudiant et pour lesquelles vous êtes d'accord. En y apposant vos initiales, vous indiquez que vous avez évalué cette limitation fonctionnelle et que vous êtes d'accord que cette limitation est présente OU que vous jugez, d'après vos connaissances de cette personne, que la limitation est liée au handicap identifié.

L'information fournie dans ce formulaire ainsi que l'information fournie par l'étudiante ou l'étudiant seront utilisées par le Centre Labelle en collaboration avec l'Université de Hearst afin de créer un plan d'accommodement individualisé. Ce plan assurera que l'étudiante ou l'étudiant aura un accès équitable aux services d'éducation afin de pouvoir satisfaire aux attentes et aux standards d'études de l'Université de Hearst.

La divulgation du diagnostic n'est pas nécessaire pour recevoir des mesures d'accommodement de la part du Service d'accessibilité. Veuillez partager le diagnostic seulement avec le consentement de l'étudiant ou de l'étudiante (voir la première page de ce formulaire). Toutes les informations fournies demeurent strictement confidentielles et ne seront partagées avec personne à l'extérieur du Service d'accessibilité sans le consentement explicite de l'étudiante ou de l'étudiant.

**Toutes les pages doivent être remplies.
Veuillez remettre le formulaire complété à l'étudiante ou l'étudiant.**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PROFESSIONNELLE OU LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Prénom et nom de famille :
Numéro de téléphone :

Numéro d'identification :
Numéro de télécopieur :

¹ Seul-e-s les professionnel-le-s de la santé pouvant émettre un diagnostic peuvent remplir ce questionnaire.

CACHET OFFICIEL DU BUREAU*

- Médecin de famille
- Médecin spécialisé (préciser) :
- Psychologue/Psychologue associé.e
- Autre professionnel.le de la santé (préciser) :

*(Si vous n'avez pas de cachet officiel, veuillez apposer votre signature sur une feuille de votre papier à entête et la joindre à ce formulaire.)

2. CONFIRMATION DE L'INCAPACITÉ

Le critère suivant doit être satisfait afin de confirmer une incapacité :

L'étudiant ou l'étudiante éprouve des limitations fonctionnelles en raison d'un handicap ou d'un problème de santé identifié et ces limitations ont un impact direct sur le fonctionnement académique de l'étudiant ou de l'étudiante qui poursuit ses études universitaires.

Durée de l'incapacité :

La désignation d'invalidité permanente a des implications juridiques et est utilisée pour déterminer l'admissibilité d'un.e étudiant.e à des programmes gouvernementaux.

- Invalidité permanente**, c'est-à-dire qui persiste et persistera pour toute sa vie et qui aura un impact sur son rendement académique
- Invalidité persistante**, d'une durée inconnue
- Invalidité temporaire**
Durée prévue de la réhabilitation :
- Diagnostic non-confirmé***, c'est-à-dire qu'une évaluation plus approfondie est nécessaire
Date prévue pour la fin de l'évaluation :
Date de la prochaine rencontre d'évaluation :

*Une mise à jour de la documentation médicale pourrait être requise pour des mesures d'accommodement offertes en attente d'une évaluation.

Diagnostic :

Si l'étudiante ou l'étudiant a consenti au partage du diagnostic (voir la première page de ce formulaire), veuillez l'indiquer ici :

Changements anticipés du niveau de fonctionnement :		
<input type="checkbox"/> L'état devrait rester stable	<input type="checkbox"/> L'état pourrait fluctuer considérablement	
<input type="checkbox"/> Une détérioration de l'état est attendue	<input type="checkbox"/> Les changements du niveau de fonctionnement sont difficiles à prévoir	
Est-ce que l'étudiante ou l'étudiant a une incapacité qui est épisodique, c'est-à-dire avec des périodes de bonne santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le niveau de fonctionnement est-il limité à certains moments pendant la journée ? Veuillez préciser.	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi	<input type="checkbox"/> Soirée <input type="checkbox"/> Pas applicable

3. LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Veuillez indiquer l'impact de la condition médicale, le cas échéant, sur le fonctionnement des compétences et des capacités énumérées ci-dessous. Veuillez également inscrire vos initiales.

COMMUNICATION <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Organiser et communiquer ses idées par écrit	<input type="checkbox"/>	
Organiser et communiquer ses idées à l'oral	<input type="checkbox"/>	
Présenter oralement à un groupe	<input type="checkbox"/>	
Participer à de grands groupes (p. ex., 10 et plus)	<input type="checkbox"/>	
Participer à des discussions en ligne	<input type="checkbox"/>	
Participer à des petits groupes (p. ex., moins de 10)	<input type="checkbox"/>	
FONCTIONNEMENT COGNITIF <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Se rappeler d'information après un certain délai (mémoire à long terme)	<input type="checkbox"/>	
Se rappeler d'information après une courte période de temps (mémoire à court terme)	<input type="checkbox"/>	
Retenir et manipuler des informations pour une courte période de temps (mémoire de travail)	<input type="checkbox"/>	
Accomplir une série de tâches académiques programmées dans une séquence rapprochée (p. ex., plusieurs tâches dans la même semaine, plusieurs examens la même journée)	<input type="checkbox"/>	
Accomplir une tâche chronométrée	<input type="checkbox"/>	
Traiter des informations écrites ou verbales	<input type="checkbox"/>	
Interpréter et suivre des consignes	<input type="checkbox"/>	
Maintenir l'attention sur les tâches académiques dans une salle ayant des distractions visuelles	<input type="checkbox"/>	
Maintenir l'attention sur les tâches académiques dans une salle ayant des distractions auditives	<input type="checkbox"/>	
Organiser, mettre en séquence et prioriser les tâches académiques	<input type="checkbox"/>	
Planifier et fixer des buts afin de respecter les échéanciers	<input type="checkbox"/>	

Lire pour une période de 3 heures	<input type="checkbox"/>	
Accomplir des tâches épuisantes sur le plan cognitif pour une période de 3 heures	<input type="checkbox"/>	
FONCTIONNEMENT SOCIOAFFECTIF <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Interpréter efficacement les indices sociaux (p. ex., suivre la routine de la classe)	<input type="checkbox"/>	
Réguler ses émotions (tout en interagissant avec les autres dans la classe ainsi qu'avec le ou la professeur.e, en acceptant les commentaires constructifs)	<input type="checkbox"/>	
Accomplir des tâches académiques évaluées (p. ex., examens, stages)	<input type="checkbox"/>	
Répondre aux changements par rapport au fonctionnement de la salle de la classe, aux échéanciers et à l'horaire de classe	<input type="checkbox"/>	
Participer dans des activités de groupe ou de laboratoire avec un ou une pair.e choisi.e (p. ex., travailler avec un groupe ou un.e partenaire afin d'atteindre un but)	<input type="checkbox"/>	
Assurer un comportement approprié en salle de classe (p. ex., limiter les comportements dérangeants et les bruits de bouche)	<input type="checkbox"/>	
Maintenir l'hygiène personnelle (p. ex., l'odeur corporelle)	<input type="checkbox"/>	
SENSIBILITÉS SENSORIELLES <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Utiliser un ordinateur pour des raisons académiques	<input type="checkbox"/>	
Voir un écran ou un tableau blanc dans une salle de classe ou un auditorium	<input type="checkbox"/>	
Voir une police régulière (c.-à-d., police de 12 pts) sur un écran d'ordinateur ou sur papier	<input type="checkbox"/>	
Entendre le ou la professeur.e dans un large auditorium (même avec l'utilisation d'un microphone)	<input type="checkbox"/>	
Entendre d'autres individus dans une salle de classe	<input type="checkbox"/>	
Entendre des conversations dans un milieu avec des bruits dans l'arrière-plan	<input type="checkbox"/>	
Entendre le dialogue dans des vidéos et traiter un dialogue en temps réel pendant les discussions en salle de classe	<input type="checkbox"/>	
Traiter des stimuli visuels (p. ex., sensibilité à la lumière, certaines couleurs)	<input type="checkbox"/>	
Traiter des informations auditives (p. ex., sensibilité aux sons)	<input type="checkbox"/>	
Traiter des informations tactiles ou olfactives (p. ex., sensibilité au toucher, aux textures ou aux odeurs)	<input type="checkbox"/>	
FONCTIONNEMENT PHYSIQUE <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Marcher entre ses classes avec son sac à dos, son portable et ses livres	<input type="checkbox"/>	
Manipuler des petits objets (c.-à-d, la motricité fine)	<input type="checkbox"/>	
Écrire à la main pour une période de 3 heures ou plus	<input type="checkbox"/>	
Être assis.e pour une période de 3 heures ou plus	<input type="checkbox"/>	
Réguler l'activité motrice (c.-à-d, a besoin de bouger ou d'utiliser un <i>fidjet</i>)	<input type="checkbox"/>	

PRÉSENTATION DU HANDICAP <input type="checkbox"/> Non applicable		
Le handicap limite considérablement la capacité à	Oui	Initiales du/de la professionnel.le
Arriver à temps ou assister régulièrement au cours	<input type="checkbox"/>	
Compléter un test/examen à une date prédéterminée (c.-à-d., le handicap est caractérisé par des périodes de santé limitée)	<input type="checkbox"/>	
Respecter les échéanciers, avec avis	<input type="checkbox"/>	
Répondre aux exigences d'une charge de cours à temps plein (c.-à-d., de 18 à 24 heures par semaine)	<input type="checkbox"/>	
Le cas échéant, une amélioration est attendue dans : _____ semaine(s)		<input type="checkbox"/> Non applicable
AUTRES LIMITATIONS FONCTIONNELLES		

Si l'étudiante ou l'étudiant a auto-rapporté les limitations fonctionnelles, le ou la professionnel.le de la santé est en accord que les limitations sont directement liées au handicap identifié. _____ (initiales)

Je confirme que l'étudiant.e profiterait d'appuis pour les limitations identifiées. _____ (initiales)

4. PLAN DE TRAITEMENT

<p>Depuis combien de temps traitez-vous l'individu :</p> <p>La date de l'identification du handicap :</p> <p>La confirmation du handicap est basée sur (choisissez A ou B) :</p> <p>A. <input type="checkbox"/> J'ai récemment évalué l'individu et je possède une expertise relative à son handicap et des limitations fonctionnelles associées.</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Je possède une expertise dans ce domaine et j'ai revu la documentation récente fournie par l'individu. Cette documentation offre une explication détaillée du handicap et des limitations fonctionnelles associées.</p> <p>La date de la plus récente évaluation (relative au handicap identifié) :</p> <p>Restez-vous impliqué.e auprès de l'individu dans la gestion ou le traitement du handicap ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle fréquence ?</p> <p>Si non, est-ce que cette personne requiert un traitement continu ?</p>

Plan de traitement (c.-à-d., suivis recommandés, équipement spécialisé, mesures d'accommodement) :

Est-ce que l'individu prend des médicaments qui pourraient avoir un impact négatif sur le fonctionnement académique ? **Oui** **Non**

Si non, veuillez passer à la section « Autres informations ».

À quel temps de la journée est-ce que les effets secondaires des médicaments ont lieu (cochez toutes les cases qui s'appliquent) ? **Matin** **Après-midi** **Soirée**

Quel est le niveau d'impact sur le fonctionnement académique ? **Léger** **Modéré** **Sévère**

Veuillez indiquer les effets secondaires qui affectent le fonctionnement académique ici :

5. AUTRES INFORMATIONS

Autres informations pertinentes au sujet du handicap identifié ou des limitations fonctionnelles dans le contexte académique :

6. ATTESTATION

Signature du/de la professionnel.le

Date