

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR RÉINTÉGRATION À L'UNIVERSITÉ

Conformément à la *Politique sur le congé involontaire des étudiants* ([PRVPA-15](#))

Dernière mise à jour - août 2020

- Le présent formulaire doit être rempli par un praticien autorisé à exercer dans la province de Québec, au Canada. L'Université peut, sur demande, accepter un formulaire rempli par un praticien autorisé à exercer dans un autre territoire tel qu'une autre province canadienne ou un État américain. Elle se réserve le droit d'exiger que l'étudiant fournisse tout avis ou document supplémentaire provenant d'un autre praticien ou type de praticien.
- Le consentement du patient à renoncer à la confidentialité figure à la fin du formulaire.

1. Nom du patient :

2. Date de naissance (année-mois-jour) :

3. Diplôme, titre professionnel et numéro de permis du praticien :

Diplôme	Nom de l'ordre professionnel	N° de permis
MD		
PhD		
MA		
Autre		

4. Depuis combien de temps traitez-vous le patient?

À quelle fréquence vous consulte-t-il?

5. Le patient a-t-il terminé le traitement? Oui Non

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR RÉINTÉGRATION À L'UNIVERSITÉ

Page 2 de 5

Si non, veuillez indiquer pour quelles raisons et préciser la date de fin de traitement prévue :

6. Poursuivez-vous le traitement? Oui Non

Si non, le traitement a-t-il été interrompu avec votre approbation?

Oui Non

7. Avez-vous recommandé au patient de poursuivre le traitement ailleurs?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'agent orienteur ou du service d'aiguillage :

8. Pourquoi avez-vous recommandé au patient de poursuivre le traitement ailleurs?

9. Si le patient poursuit le traitement avec vous ou avec un autre professionnel, êtes-vous d'avis que ce traitement est nécessaire pour faire en sorte qu'il puisse reprendre ses activités pédagogiques et autres à l'Université?

Oui Non

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR RÉINTÉGRATION À L'UNIVERSITÉ

Page 3 de 5

10. Estimez-vous que le patient, actuellement ou dans un avenir raisonnablement prévisible, puisse constituer un danger ou une menace pour lui-même ou pour autrui?

Oui

Non

Si oui, veuillez expliquer pourquoi :

11. Avez-vous conseillé au patient de restreindre ou de réduire ses activités pédagogiques?

Oui

Non

Si oui, veuillez indiquer quelles activités :

12. Avez-vous conseillé au patient de restreindre ou de réduire le nombre de ses cours?

Oui

Non

Si oui, combien de cours devrait-il suivre (au maximum) par trimestre?

Quand pensez-vous que le patient sera capable de poursuivre des études à temps plein (12 à 18 heures de cours par semaine)?

Quel type de cours le patient devrait-il éviter (cours avec travaux en groupe, cours axés sur la performance, cours en ligne, stages, etc.)?

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR RÉINTÉGRATION À L'UNIVERSITÉ

Page 4 de 5

13. Existe-t-il d'autres exclusions ou limites susceptibles d'influer sur la réintégration du patient à l'Université?

Oui

Non

Si oui, veuillez les signaler :

14. Avez-vous d'autres commentaires?

Nom :

Numéro de permis :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Date (année-mois-jour) :

Signature du praticien

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR RÉINTÉGRATION À L'UNIVERSITÉ

Page 5 de 5

Consentement du patient

Je soussigné (e), dégage par la présente le signataire susmentionné de toute restriction ou obligation applicable en matière de confidentialité entre patient et praticien ou autre. De plus, j'autorise le praticien susnommé à discuter de ma santé, y compris de ma santé mentale et de mon aptitude à poursuivre mes études, avec le représentant désigné de l'Université et à lui fournir toute documentation pertinente.

Signé à Montréal, le (année-mois-jour) :

Signature de l'étudiant ou de l'étudiante