



**La médication ou les traitements peuvent-ils influencer ses apprentissages? Si oui, précisez les effets secondaires.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête     | <input type="checkbox"/> fatigabilité            | <input type="checkbox"/> tristesse/déprime                      |
| <input type="checkbox"/> stress/anxiété   | <input type="checkbox"/> trouble du sommeil      | <input type="checkbox"/> vomissements/nausées                   |
| <input type="checkbox"/> état apathique   | <input type="checkbox"/> trouble de la mémoire   | <input type="checkbox"/> perte/augmentation de l'appétit        |
| <input type="checkbox"/> tremblements     | <input type="checkbox"/> palpitations cardiaques | <input type="checkbox"/> irritabilité, changement d'humeur      |
| <input type="checkbox"/> peur             | <input type="checkbox"/> agressivité             | <input type="checkbox"/> lenteur du traitement de l'information |
| <input type="checkbox"/> autre(s) : _____ |  |   |

**Assurez-vous le suivi de ce patient?**  Oui  Non

**Si oui, depuis quand?** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour mois année

**À quelle fréquence?** \_\_\_\_\_

**Ce patient est-il suivi par d'autres intervenants?**  Oui  Non

**Si oui, lesquels?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Est-ce que l'état de cette personne rend impossible la poursuite d'études à temps plein (est considéré temps plein l'étudiant qui est inscrit à au moins quatre cours ou 12 heures de cours par semaine)?** \_\_ oui\* \_\_ non

\*Si oui, veuillez compléter le formulaire 1015 permettant à l'étudiant d'obtenir le statut temps plein et les avantages y étant associés.

### **Section 3 RECOMMANDATIONS**

**Tenant compte de la problématique et du traitement, recommandez-vous des mesures de soutien éducatif pour aider cet étudiant dans son cheminement scolaire?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Section 4 IDENTIFICATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU AUTRE PROFESSIONNEL AUTORISÉ**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél. :** \_\_\_\_\_

**Spécialité :** \_\_\_\_\_ **Numéro de licence :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature du professionnel de la santé** \_\_\_\_\_ jour / \_\_\_\_\_ mois / \_\_\_\_\_ année