

**ÉMISSION D'UN DIAGNOSTIC**

**Membre d'un ordre professionnel :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiologiste   | <input type="checkbox"/> Conseiller d'orientation habilité par son ordre professionnel (sous réserve L-21) |
| <input type="checkbox"/> Infirmier habilité par son ordre professionnel (sous réserve L-21) (Santé mentale : IPSSM) |  |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste  | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste, préciser : _____   |
| <input type="checkbox"/> Optométriste   | <input type="checkbox"/> Orthophoniste   |
| <input type="checkbox"/> Psychologue  | <input type="checkbox"/> Psychologue spécialisé, préciser : _____  |

**Identité de l'étudiant(e)**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ ÂGE \_\_\_\_\_

**Information sur le diagnostic**

- Quel est le diagnostic? \_\_\_\_\_  
Si présence d'un trouble de santé mentale, préciser à partir du **DSM 5** : \_\_\_\_\_  
Date du diagnostic : \_\_\_\_\_
- L'état de la personne concernée rend-il impossible la poursuite d'études à temps plein (180 hres/sess.)?  Oui  Non
- Pouvez-vous affirmer que le trouble dont est atteinte cette personne entraîne des difficultés *significatives* dans l'accomplissement de ses activités scolaires?  Oui  Non
- La personne concernée prend-elle des médicaments?  Oui  Non  
Si oui, préciser : \_\_\_\_\_  
Si effets secondaires, lesquels : \_\_\_\_\_

**Recommandations**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Local des Services adaptés (passation des examens) | <input type="checkbox"/> Horaire de cours adapté  |
| <input type="checkbox"/> Prolongation du temps d'examens                    | <input type="checkbox"/> Productions sonores (volumes numérisés)  |
| <input type="checkbox"/> Prise de notes                                     | <input type="checkbox"/> Productions agrandies  |
| <input type="checkbox"/> Tutorat  | <input type="checkbox"/> Productions en braille   |
| <input type="checkbox"/> Ressource pour souligner les erreurs en français   | <input type="checkbox"/> Cours d'éducation physique adapté à la limitation                                |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de logiciels spécialisés .....         | <input type="checkbox"/> Antidote <input type="checkbox"/> WordQ  |
|   | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____   |
| <input type="checkbox"/> Apprentissage de stratégies .....                  | <input type="checkbox"/> Attention et concentration <input type="checkbox"/> Autonomie                    |
|   | <input type="checkbox"/> Étude et mémorisation <input type="checkbox"/> Gestion du stress et de l'anxiété |
|   | <input type="checkbox"/> Gestion du temps <input type="checkbox"/> Habiletés sociales                     |
|   | <input type="checkbox"/> Préparation aux examens <input type="checkbox"/> Travail d'équipe                |
|   | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____   |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de matériel adapté .....               | <input type="checkbox"/> Dictionnaire électronique <input type="checkbox"/> Enregistreuse numérique       |
|   | <input type="checkbox"/> Équipement adapté <input type="checkbox"/> Système MF                            |
|   | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____   |
| <input type="checkbox"/> Encadrement éducatif                               |   |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychosocial (court terme)                   |   |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                                     |   |
| _____   |   |
| _____   |   |

### Autres informations pertinentes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Identité et signature du membre de l'ordre professionnel ou autre

PRÉNOM ET NOM	NUMÉRO DU PERMIS D'EXERCICE
ADRESSE DU CABINET	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
SIGNATURE	DATE