

## Formulaire - Épilepsie

Voici le formulaire à remplir pour l'épilepsie par vous-même et par votre médecin traitant (ou tout autre corps médical compétent et autorisé à remplir ce formulaire, de préférence un neurologue qui vous suit depuis plus de six (6) mois) afin de compléter la demande d'obtention d'un chien d'assistance de l'Académie MédiCanin. Nous nous réservons le droit de refuser votre demande automatiquement si certaines informations sont manquantes.

Les informations que vous nous fournirez vont nous permettre d'examiner votre demande et de déterminer si vous répondez à nos critères d'admission, ainsi qu'à monter un plan d'assistance adapté à votre handicap.

---

### Renseignements du médecin

---

*(À remplir par le médecin)*

Nom et prénom du médecin :	
Adresse du lieu de pratique :	
N° de licence (si applicable) :	
Courriel :	N° de téléphone :

---

### Renseignements généraux

---

*(À remplir par le médecin)*

Nom :	Prénom :
Date de naissance : __/__/____ jj/mm/aaaa	Poids :
	Grandeur :
Date approximative du début de suivi :	



---

## Renseignements médicaux

---

**À remplir par le médecin :**

Précisez la forme d'épilepsie du patient : \_\_\_\_\_

---

---

---

Précisez la médication orale du patient ainsi que sa dose quotidienne : \_\_\_\_\_

---

---

---

Précisez tout autre traitement lié à l'épilepsie du patient : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Décrivez la dernière crise épileptique du patient, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Décrivez les complications secondaires, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Précisez les instructions spécifiques ou suggestions, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

---

---

---

---



**À remplir par le/la patient(e), ou son tuteur légal si -18 ans :**

Rempli par un tuteur légal

Avez-vous besoin d'assistance avec vos crises?

- Oui  
 Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

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

Croyez-vous être un danger pour le chien en cas de crise? (Coups de tête, tirer le poil du chien, convulsions qui pourraient blesser le chien...)

- Oui  
 Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

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

Avez-vous un dispositif d'appel d'urgence que vous devez activer en cas de crise?

- Oui  
 Non

Avez-vous une médication d'urgence à prendre en cas de crise ?

- Oui  
 Non

Si oui, précisez (nom, dose, posologie) : \_\_\_\_\_

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

Devenez-vous non-réactif ou inconscient lors d'une crise?

- Oui  
 Non

Décrivez le(s) déclencheur(s) de vos crises : \_\_\_\_\_

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

Autres informations pertinentes sur vos crises : \_\_\_\_\_

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



Autres renseignements pertinents : \_\_\_\_\_

---

---

---

Veuillez inclure ci-joint des rapports neurologiques récents (des derniers six (6) mois).

**À remplir par le médecin :**

J'atteste que toutes les informations écrites ci-dessus sont justes et complétées au meilleur de mes connaissances. J'autorise l'Académie MédiCanin à communiquer avec moi pour plus d'information ou pour confirmer les informations manquantes, douteuses ou inexactes selon le/la patient(e) afin de monter le plan d'assistance.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Date

**À remplir par le/la patient(e) :**

J'atteste que toutes les informations écrites ci-dessus sont justes et complétées au meilleur de mes connaissances. J'autorise l'Académie MédiCanin à communiquer avec moi et mon équipe médicale pour plus d'information ou pour confirmer les informations manquantes, douteuses ou inexactes selon le formulaire médical rempli par le corps médical autorisé.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

Académie MédiCanin

819-290-1943, [info@academiemedicanin.ca](mailto:info@academiemedicanin.ca) .

