

Formulaire – Santé mentale

Voici le formulaire à remplir pour la santé mentale par vous-même et par votre médecin traitant (ou tout autre corps médical compétent et autorisé à remplir ce formulaire 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 :

Diagnostiques en santé mentale du patient :

- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble de stress post-traumatique
- Agoraphobie
- Trouble de panique

Autre(s) : _____

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

_____Précisez tout autre traitement ou thérapie qu'a reçu le patient :

_____Décrivez la dernière crise 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 des 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, gestes qui pourraient blesser le chien...)

- Oui
 Non

Si oui, précisez : _____

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

- Oui
 Non

Si oui, précisez (nom, dose, posologie) : _____

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

- Oui
 Non

Décrivez le(s) déclencheur(s) de vos crises : _____

Autres informations pertinentes sur vos crises : _____



Autres renseignements pertinents : _____

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 .

