

Formulaire médical général

Votre patient(e) est en démarches d'obtention d'un chien d'assistance et désire faire affaire avec nous, l'Académie MédiCanin, pour former professionnellement son futur chien d'assistance. Afin d'être admissible à notre programme, votre patient(e) doit nous remettre ce formulaire médical rempli par un médecin traitant, un médecin spécialiste, ou tout autre corps médical compétant et autorisé à remplir ce document.

Pour plus d'informations sur le chien d'assistance d'alerte et réponse médicale, d'aide à la mobilité ou psychiatrique, veuillez vous référer au document informatif ci-joint.

Renseignements du médecin

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

Renseignements généraux

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



Renseignements médicaux

Diagnostic(s) du patient :

Alerte et réponse médicale :

- Diabète de type 1
- Diabète de type 2
- Diabète lié à une autre pathologie
- Épilepsie
- Trouble convulsif : _____
- Encéphalomyélite Myalgique / Syndrome de fatigue chronique
- Tachycardie orthostatique posturale
- Allergies sévères : _____
- Autre(s) : _____

Aide à la mobilité :

- Fibromyalgie
- Syndrome d'Ehlers Danlos
- Traumatisme(s) crânien(s)
- Arthrite
- Sclérose en plaque
- Autre(s) : _____

Aide Psychiatrique :

- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble d'anxiété généralisée
- Trouble de stress post-traumatique
- Agoraphobie
- Trouble de panique
- Autre(s) : _____

Symptômes handicapants :

- Trouble de la coordination
- Trouble d'équilibre
- Étourdissements/vertiges
- Crises épileptiques
- Crises non-épileptiques (diabète, EM/SFC, allergies, traumatisme(s) crânien(s)...)
- Malaises post-effort graves ou modérés
- Malaises à la suite d'un taux de sucre trop bas
- Malaises à la suite d'un taux de sucre trop élevé
- Douleurs chroniques
- Chocs hypoglycémiques
- Hypersomnie



<p><input type="checkbox"/> Insomnie</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté à la concentration</p> <p><input type="checkbox"/> Crises d'anxiété</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes sensoriels</p> <p><input type="checkbox"/> Cauchemars post-traumatiques</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) cognitif(s): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) physique(s) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) psychologique(s):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Veillez remplir les documents complémentaires si applicable.</p> <ul style="list-style-type: none">- Formulaire diabète- Formulaire épilepsie- Formulaire santé mentale
<p>Les symptômes sont-ils persistants depuis plus de six (6) mois?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Votre patient(e) utilise-t-il/elle des aides à la mobilité?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez lesquels : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Veillez joindre la liste des médicaments du patient, ou les mentionner ici : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Renseignements complémentaires

Recommandez-vous l'utilisation d'un chien d'assistance à votre patient(e) pour pallier un handicap?

- Oui
 Non

Si en désaccord, précisez : _____

Votre patient(e) est-il/elle apte à s'occuper d'un animal malgré ses limitations?

- Oui
 Non

Précisions : _____

Votre patient(e) est-il/elle apte mentalement à entraîner un chien d'assistance avec l'aide d'un de nos entraîneurs spécialisés?

- Oui
 Non

Précisions : _____

Veuillez confirmer que votre patient(e) n'opte pas pour un chien d'assistance comme traitement de dernier recours :

- Mon/ma patient(e) demande les services d'un chien d'assistance en paire avec un traitement en essai ou fonctionnel.
 Mon/ma patient(e) demande les services d'un chien d'assistance comme traitement de dernier recours. *

Si vous avez coché la deuxième case, veuillez décrire les traitements auquel votre patient(e) a participé : _____

*Si vous avez coché cette case, nous allons quand même traiter la demande de votre patient(e). Cependant, dépendamment des traitements auquel il/elle a déjà participé, il se peut qu'il/elle soit refusé(e) si nous jugeons que ce n'est pas adapté comme dernier recours. Le chien d'assistance n'est pas un traitement mais une aide à pallier un handicap.



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).

Signature du médecin

Date

Académie MédiCanin

819-290-1943, info@academiemedicanin.ca

