

NOTE AU MÉDECIN

Le porteur de ce certificat médical a posé sa candidature à Groupe Collegia, Service de la formation continue, du Cégep de la Gaspésie et des Îles, pour suivre **une formation en Maintenance d'éoliennes**.

À la fin de cette formation, les techniciens seront appelés à effectuer des travaux de maintenance électrique et mécanique à des hauteurs de plus de 300 pieds. Il devra donc être en pleine possession de ses facultés psychologiques.

S'il vous plaît, faites votre évaluation médicale et vos commentaires en gardant en tête l'information ci-haut mentionnée. Merci!

- | 1. L'applicant a déjà eu :  | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Blessures musculo-squelettiques (fractures, entorses, luxations, sur usage, mouvements répétitifs, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Hernie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Problèmes cardiaques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Problèmes rénaux   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Autres malaises  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Antécédents chirurgicaux   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la réponse est oui pour une question, s'il vous plaît, expliquez :

---



---

- | 2. L'applicant est sujet à : | Oui                      | Non                      |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Asthme                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Perte de conscience       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Rhume des foins           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Diabète                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Otites                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Convulsions               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Allergies                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Arthrite                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Autres                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la réponse est oui pour une question, s'il vous plaît, expliquez :

---



---

3. Information générale

Oui Non

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Lors des deux dernières années, est-ce que l'applicant fut traité pour un trouble de santé mentale (dépression, anxiété, trouble alimentaire, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Si oui, est-il considéré stable et guéri?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Est-ce que l'applicant semble bien gérer le stress?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. L'applicant a-t-il déjà abusé de l'alcool ou d'une drogue?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. L'applicant a-t-il déjà eu une dépendance?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. L'applicant a-t-il une limitation physique ou psychologique?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui, s'il vous plaît, expliquez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Médication et quantité prise :

- A. \_\_\_\_\_
- B. \_\_\_\_\_
- C. \_\_\_\_\_

5. Est-ce que le participant a déjà eu une réaction à un médicament?

Oui  Non

Si oui, quel médicament? \_\_\_\_\_

6. Est-ce que le participant ou un autre membre de sa famille a déjà eu une réaction à un anesthésique?

Oui  Non

Si oui, s'il vous plaît, expliquez. \_\_\_\_\_

7. Examen physique

- |                               |       |                          |                          |
|-------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|
| A. Grandeur :                 | _____ |                          |                          |
| B. Poids :                    | _____ |                          |                          |
| C. T.A. :                     | _____ |                          |                          |
| D. Pouls :                    | _____ | <b>N</b>                 | <b>A</b>                 |
| E. ORL                        |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Cou                        |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Cœur                       |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Poumon                     |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Abdomen                    |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Membres / colonne lombaire |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Neuro                      |       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Condition physique générale : \_\_\_\_\_

9. Commentaires généraux : \_\_\_\_\_

Connaissant les exigences du programme envers l'étudiant, je crois que l'appliquant :

- est en condition \_\_\_\_ (*Initiales du médecin*)
- n'est pas en condition \_\_\_\_ (*Initiales du médecin*) pour prendre part à cette formation.

Depuis combien de temps le médecin connaît-il le patient? \_\_\_\_\_

**À COMPLÉTER PAR UN MÉDECIN**

Nom et prénom du médecin (en lettres moulées)	
Signature du médecin	
Adresse	
Téléphone	

**S'il vous plaît, transmettre ce document directement à :** Groupe Collegia - Centre de Gaspé  
96, rue Jacques-Cartier  
Gaspé (Québec) G4X 2S8

**AUTORISATION DE L'ÉTUDIANT - DOIT ÊTRE SIGNÉE DEVANT LE MÉDECIN**

J'autorise le médecin à transmettre toute information médicale pertinente. De plus, une fois ce document envoyé au Cégep de la Gaspésie et des Îles, j'autorise les personnes ayant droit de consulter ce document à transmettre toute information médicale pertinente à un professionnel de la santé si un accident ou un problème de santé m'arrivait.

Je comprends aussi que deux copies de ce document seront gardées par le Cégep de la Gaspésie et des Îles; une dans le dossier de l'étudiant et l'autre dans un porte-document d'un enseignant de l'AEC en Maintenance d'éoliennes.

Nom et prénom de l'étudiant (en lettres moulées)	
Signature de l'étudiant	
Date	