

**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 Guide d'aventure. Les intentions éducatives de cette formation sont variées. L'une d'entre elles est d'entraîner les participants à un haut niveau de performance dans une variété d'activités de plein air incluant, mais ne se limitant pas, le canot, le kayak et la nage en eau vive, le kayak de mer, la grande randonnée pédestre et le ski de montagne.*

*Ce programme inclut des activités physiques très exigeantes sur les plans physique et psychologique sur une longue période de temps. En effet, au cours de cette année de formation, l'étudiant sera appelé à encadrer des groupes de 6 à 20 personnes dans des situations et environnements présentant de hauts niveaux de stress. Il doit 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 :  | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 : | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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. 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'appliquant 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'appliquant semble bien gérer le stress?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. L'appliquant a-t-il déjà abusé de l'alcool ou d'une drogue?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. L'appliquant a-t-il déjà eu une dépendance?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. L'appliquant a-t-il une limitation physique ou psychologique?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

4. Vaccination requise. S'il vous plaît, indiquez quand le vaccin fut reçu.  
- Diphtheria-tétanos (dans les 10 dernières années) \_\_\_\_\_

5. Médication et quantité prise :

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

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

Si oui, quel médicament? \_\_\_\_\_

7. 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. \_\_\_\_\_

8. 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"/> |

Oui    Non

- L. Vision \_\_\_\_\_ Vision des couleurs
- Test utilisé : \_\_\_\_\_
- M. Lunette ou lentilles cornéennes utilisées?
- N. Audition \_\_\_\_\_
- O. Analyse d'urine : Albumine \_\_\_\_\_ Sucre \_\_\_\_\_

9. Condition physique générale : \_\_\_\_\_

10. 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 Guide d'aventure.

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