

FORMULAIRE MÉDICAL

Nom: _____ Date de naissance: _____

Lieu d'enseignement: _____ Nom du programme: _____

Énoncé concernant les demandes d'admission au programme

Medavie ÉduSanté a la santé et le mieux-être de ses étudiants à cœur, tout comme la sécurité de ses patients et du grand public. Ce dossier médical aidera notre établissement à orienter les attentes des candidats par rapport aux exigences physiques et psychologiques du programme et d'une carrière dans le domaine paramédical; il permettra également de déterminer si des accommodements sont nécessaires. C'est pourquoi le candidat et son médecin doivent examiner ce document en détail afin d'en comprendre son importance dans notre processus d'admission.

Lorsqu'une personne envisage de s'inscrire au programme, elle doit évaluer, avec son médecin, tous les troubles de santé préexistants ou les handicaps qui pourraient l'empêcher d'atteindre ses objectifs de carrière. Par conséquent, les candidats sont fortement encouragés à discuter de tout problème scolaire, physique ou psychologique avec notre établissement, afin que nous puissions déterminer quel type d'accommodement nous pouvons offrir, lorsque cela est possible.

Nos étudiants participent à la prestation de soins aux patients (parfois dans des environnements non contrôlés) où ils seront exposés à des événements physiquement ou psychologiquement épuisants. Nous demandons aux candidats et à leur médecin de se consulter afin d'évaluer si le candidat possède la forme physique et mentale requise pour répondre de bonne foi aux exigences professionnelles d'un métier paramédical. Ces exigences sont énoncées sur le site Web de l'Association des paramédics du Canada (APC) www.paramedic.ca sous l'onglet Profil national des compétences professionnelles. Les étudiants et leur médecin doivent porter une attention particulière aux éléments suivants :

1. Toute forme de blessure au dos
2. Perte visuelle ou auditive
3. Troubles nerveux ou musculaires
4. Antécédents d'épilepsie
5. Lésion cérébrale
6. Troubles d'apprentissage
7. Maladie mentale
8. Maladies contagieuses
9. Immunodéficience
10. Toute autre maladie ou blessure qui a une incidence sur la capacité du candidat à :
 - a. lire et écrire à un niveau postsecondaire
 - b. effectuer des calculs mathématiques
 - c. communiquer verbalement
 - d. résoudre efficacement des problèmes, prendre des décisions ou planifier son travail
 - e. travailler en collaboration au sein d'une équipe
 - f. maîtriser sa motricité fine, ses perceptions sensorielles ou sa force physique

De plus, nous encourageons les candidats à discuter avec leur médecin des critères de réussite du test d'aptitudes physiques pour les paramédics (TAP-PAR).

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (SUITE)

L'objectif de ce test est d'évaluer la capacité du candidat à effectuer les tâches simulées qu'un travailleur paramédical serait tenu d'accomplir lors d'un appel d'urgence ou de routine sur le terrain. Toutes les tâches sont exécutées par station et sont « progressives », en commençant par des poids légers (faciles) et en progressant vers des poids lourds (difficiles), à l'exception de la station de poussée et de traction dans laquelle il n'y a pas de progression de poids.

Les tâches fonctionnelles simulées sont les suivantes:

Levée au-dessus des épaules (soulever une caisse lestée à la hauteur des épaules et la placer sur une étagère)

- Simule le chargement de l'équipement dans un compartiment de rangement d'une ambulance.
 - Progression du poids - Vide, 10 lb, 20 lb, 30 lb (5 répétitions chacune)

Levée du sol à la taille (soulever une caisse lestée du sol à une étagère à la hauteur de la taille)

- Simule le transfert d'un patient du sol sur une civière ou sur un fauteuil roulant ou une chaise pour escalier.
 - Progression du poids - Vide, 25 lb, 50 lb, 75 lb, 100 lb (5 répétitions chacune)

Portage bilatéral (portage bilatéral de poids), 25 pieds dans chaque direction (total 50 pieds par répétition)

- Simule le transport d'équipement, notamment de sacs.
 - Progression du poids - Vide, 10 lb, 20 lb, 30 lb, 40 lb (1 répétition chacune)

Levée horizontale (soulever une caisse lestée d'une chaise vers une autre chaise ou une étagère à hauteur de la taille)

- Simule le transfert d'un patient d'une chaise sur une civière ou sur un fauteuil roulant ou une chaise pour escalier.
 - Progression du poids - Vide, 25 lb, 50 lb, 75 lb, 100 lb (5 répétitions chacune)

Portage unilatéral (portage unilatéral de poids), 25 pieds dans chaque direction (total 50 pieds par répétition)

- Simule le transport d'équipement.
- Simule l'assistance à la désincarcération grâce à une planche dorsale ou à d'autres dispositifs de désincarcération du patient.
 - Progression du poids - Vide, 10 lb, 20 lb, 30 lb, 40 lb (1 répétition chacune)

Station de poussée et de traction

- Simule la mise en place et le retrait d'une civière dans une ambulance.
- Station statique de poussée et de traction de 85 lb chacune (maintenue pendant 5 secondes chacune)

Pour répondre aux exigences du TAP-PAR

Il n'y a pas de limite de temps pour les tests, mais pour répondre aux exigences, le candidat doit accomplir toutes les tâches

FORMULAIRE MÉDICAL

Section 1

Cette section du questionnaire doit être remplie par le candidat après avoir lu l'énoncé concernant les demandes d'admission au programme qui se trouve aux pages 1 et 2 du présent formulaire médical

1. J'ai lu l'énoncé concernant les demandes d'admission au programme. Oui _____ Non _____
2. Je souffre d'un handicap physique ou d'un trouble d'apprentissage. Oui _____ Non _____
3. Si vous avez répondu oui à la question 2, avez-vous demandé un questionnaire sur l'incapacité et l'état de santé de Medavie ÉduSanté afin que nous puissions vérifier quelle forme d'accommodement nous pouvons vous offrir, le cas échéant? Oui _____ Non _____

Je, _____ autorise mon médecin à communiquer à Medavie ÉduSanté les renseignements personnels concernant ma santé indiqués à la section 2 du présent document. Je comprends que ces renseignements personnels concernant ma santé seront divulgués en lien avec l'évaluation de ma demande d'admission au programme paramédical.

Signature du candidat: _____ Date: _____

Section 2

Cette section du questionnaire doit être remplie par le médecin du candidat une fois qu'il a lu l'énoncé concernant les demandes d'admission au programme présenté ci-dessus.

- 1) J'ai lu l'énoncé concernant les demandes d'admission au programme Oui _____ Non _____
- 2) Le candidat mentionné ci-dessus est mon patient depuis _____ Oui _____ Non _____
(inscrire le nombre de mois ou d'années)
- 3) Est-ce que le candidat souffre de troubles physiques qui pourraient demander des mesures particulières? Oui _____ Non _____
- 4) Est-ce que le candidat souffre d'une blessure ou d'une maladie physique chronique? Oui _____ Non _____
- 5) Est-ce que le candidat souffre d'un trouble émotionnel ou d'une maladie mentale chronique? Oui _____ Non _____
- 6) Est-ce que le candidat souffre d'une maladie transmissible? Oui _____ Non _____
- 7) Est-ce que le candidat souffre d'une maladie de la peau? Oui _____ Non _____
- 8) Est-ce que le candidat souffre d'une maladie cardiovasculaire qui demande de prendre des mesures particulières? Oui _____ Non _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (SUITE)

9) Est-ce que le candidat souffre d'un trouble respiratoire qui demande de prendre des mesures particulières?

Oui Non

10) Est-ce que le candidat souffre d'un trouble musculosquelettique qui demande de prendre des mesures particulières?

Oui Non

11) Est-ce que le candidat souffre d'une maladie neurologique qui demande de prendre des mesures particulières?

Oui Non

12) Est-ce que le candidat souffre d'une déficience visuelle?

Oui Non

13) Est-ce que le candidat souffre d'une déficience auditive?

Oui Non

14) Est-ce que le candidat est atteint de tout autre problème de santé qui demande de prendre des mesures particulières?

Oui Non

Commentaires:

Après avoir examiné le candidat ci-dessus mentionné, je crois que ce dernier est **(cocher l'une des deux cases)**:

☐ Médicalement apte

☐ Médicalement inapte

à suivre le programme paramédical, considérant les exigences physiques et psychologiques indiquées aux pages 1 et 2 du présent document.

Coordonnées du médecin (timbre si possible):

Signature du médecin:

Date de l'examen :

Nom du médecin:

Adresse professionnelle:

Numéro de téléphone:

Important:

Les candidat(e)s du programme en Nouvelle Écosse et Saskatchewan doit retourner ces documents au campus de **Dartmouth- 50 Eileen Stubbs Avenue, Unit 154, Dartmouth, NS, B3B 0M7.**

Les candidat(e)s du programme au Nouveau Brunswick doit retourner ces documents au campus de **Moncton - 210 John Street – Suite 202 Moncton, NB, E1E-2B9.**