

COLLÈGE DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES
TECHNIQUES DU TOURISME D'AVENTURE
CERTIFICAT D'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÉTUDIANT

Note au médecin : Le porteur de ce certificat médical a posé sa candidature au Collège de la Gaspésie et des Îles pour suivre une formation en tourisme 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 inclus des activités physiques très exigeantes sur les plans physique et psychologique sur une longue période de temps. En effet, au cours de ces trois années 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 : | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. Blessures musculo-squelettiques (fractures, entorses, luxations, surusage, mouvements répétitifs, ect.) | <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"/> |
| G. 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. Fièvre des foies | <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. | | |
-

COLLÈGE DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES
TECHNIQUES DU TOURISME D'AVENTURE

CERTIFICAT D'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÉTUDIANT

- 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, ect.) ?
- B. Si oui, est-il considéré stable et guéri ?
- C. Est-ce que l'appliquant semble bien gérer le stress ?
- D. L'appliquant a-t-il déjà abusé de l'alcool ou d'une drogue ?
- E. L'appliquant a-t-il déjà eu une dépendance ?
- F. L'appliquant a-t-il une limitation physique ou psychologique ?
- Si oui, s'il vous plaît, expliquez. _____

- 4. Vaccination requise. S'il vous plaît, indiquez quand le vaccin fut reçu.**
- A. Diphtheria-tetanus (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. _____

COLLÈGE DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES
TECHNIQUES DU TOURISME D'AVENTURE

CERTIFICAT D'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÉTUDIANT

8. Examen physique

A. Grandeur : _____

B. Poids : _____

C. T.A. : _____

D. Pouls : _____ **N** **A**

E. ORL

F. Cou

G. Coeur

H. Poumon

I. Abdomen

J. Membres / colonne lombaire

K. Neuro **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 ____ (**Initiale du médecin**) non en condition ____ (**Initiale du médecin**)
pour prendre part à cette formation.

Depuis combien de temps le médecin connaît-il le patient ? _____

COLLÈGE DE LA GASPÉSIE ET DES ÎLES
TECHNIQUES DU TOURISME D'AVENTURE
CERTIFICAT D'ÉVALUATION MÉDICALE DE L'ÉTUDIANT

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Signature du médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

À compléter par un médecin. S'il vous plaît, envoyez ce document directement à :

Collège de la Gaspésie et des Îles
Techniques du tourisme d'aventure
96, rue Jacques Cartier, Gaspé, Québec, G4X 2S8
Téléphone : (418) 368-2201

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 Collège 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 Collège de la Gaspésie et des Îles; une dans le dossier de l'étudiant et l'autre dans un porte document d'un enseignant de la Technique du tourisme d'aventure.

Date : _____

Nom de l'étudiant (en lettres moulées) : _____

Signature de l'étudiant : _____