



Gestion de l'éducation des enfants Formulaire d'examen médical de l'enseignant/la personne à charge

Un formulaire devrait être rempli pour l'enseignant et
pour chaque personne à charge et conjoint.

Nom de l'enseignant d'EPS :	
École outremer des FAC :	
Emplacement de l'école outremer des FAC :	

Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et ils sont protégés en application des articles de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vos renseignements personnels sont nécessaires à l'évaluation complète du médecin/travailleur social, requise pour toutes les affectations dans les écoles outremer des FAC. Il est obligatoire de remplir ce formulaire. Si vous refusez de fournir les renseignements demandés, on ne peut établir si votre état de santé permet de vous affecter à une école outremer des FAC. Vos renseignements personnels ne seront divulgués à aucun autre membre du personnel non médical à moins que vous en fassiez la demande. Une telle mesure nécessiterait alors votre consentement écrit. Les renseignements personnels recueillis sont administrés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et peuvent être consultés par vous ou toute autre personne mentionnée dans le présent document, sur demande.

Les directives pour avoir accès à ces renseignements personnels sont expliquées dans la publication officielle « Info Source », également disponible à l'adresse Internet suivante : [Info Source - www.infosource.gc.ca/index-fra.asp](http://www.infosource.gc.ca/index-fra.asp).

PARTIE 1 : INFORMATION DE PRÉSÉLECTION		
PARTIE QUE DOIT REMPLIR L'ENSEIGNANT		
Patient (nom de famille/prénom) :	D.D.N. (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Le patient : <input type="checkbox"/> Résidera avec l'enseignant <input type="checkbox"/> Restera au Canada pour aller à l'école	<input type="checkbox"/> Restera au Canada pour travailler <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du médecin	Adresse du médecin	
Numéro de téléphone du médecin	Date de l'examen	

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :

PARTIE 2 : HISTOIRE MÉDICALE

PARTIE QUE DOIT REMPLIR L'ENSEIGNANT

1. Le patient est actuellement en traitement ou a été évalué, dans le passé, pour ce qui suit :

État	Oui	Non	S.O.
a) allergies ou réactions allergiques			
b) nausée ou vomissements			
c) intolérance à la chaleur ou au froid			
d) perte ou gain de poids			
e) problèmes aux yeux ou aux oreilles			
f) épilepsie			
g) problèmes dermatologiques			
h) diabète ou syndrome métabolique			
i) goutte			
j) cancer			
k) maladies du cœur ou douleurs thoraciques			
l) problèmes pulmonaires ou essoufflement			
m) problèmes au foie, à l'estomac ou aux intestins			
n) problèmes de reins ou de vessie			
o) état gynécologique			
p) problèmes de paralysie, de faiblesse ou de perte de coordination			
q) problèmes aux muscles, aux os ou aux articulations			
r) dorsalgie			
s) problème d'alcool ou de drogue			
t) problèmes de comportement			
u) dépression, anxiété ou troubles de l'humeur			
v) phobie des transports aériens			
w) par un conseiller, un psychiatre, un travailleur social, ou un psychologue			
x) dans un hôpital psychiatrique ou une clinique de santé mentale			

2. Veuillez nommer tout état de santé/psychosocial (non mentionné ci-dessus) ainsi que le traitement requis ou attendu.

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :

--

3. Énumérez tous les médicaments actuellement pris par la personne concernée (ou joindre une page séparée au formulaire).

Médicaments	Date de début

4. Veuillez nommer tous les médicaments que vous avez cessé de prendre au cours des 3 dernières années.

Médicaments	Date d'arrêt

5. Veuillez nommer toutes les admissions à l'hôpital et les visites à l'urgence au cours des 3 dernières années.

Date	Raison de l'admission

6. Veuillez nommer toutes les recommandations ou tous les traitements donnés par des spécialistes au cours des 3 dernières années.

Date	Traitement ou recommandation de spécialiste

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :	
---	--

7. Joindre une liste des vaccins à ce formulaire.

<p>Je déclare avoir répondu fidèlement et honnêtement à toutes les questions de ce formulaire.</p> <p>Je déclare que la personne nommée dans le présent formulaire n'a pas de problèmes de santé exigeant des soins spécialisés et qu'elle est prête à déménager dans une région où les soins de santé pourraient être limités.</p> <p>J'autorise la communication des renseignements du présent formulaire et des rapports en annexe au personnel du ministère de la Défense nationale. Ces renseignements ne serviront qu'à évaluer et à mettre en évidence mon état de présélection.</p>	
Signature de l'enseignant(e)	Date

<p>PARTIE 3 : EXAMEN MÉDICAL</p> <p>PARTIE QUE DOIT REMPLIR LE MÉDECIN</p>

Taille		Poids	
Yeux			
Acuité visuelle		Le patient porte des lunettes	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
	D	G	
Dents			
État général			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			
Orthodontie (Le patient subit-il un traitement d'orthodontie? Le patient exigera-t-il un traitement d'orthodontie à l'avenir?)			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :	
---	--

Nez / Gorge / Bouche			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			
Poumons		Poitrine / Seins	
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation		<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation	
Cardiovasculaire			
Bruits du cœur		Tolérance à l'effort (s'il y a lieu)	
Pouls au repos	Pression artérielle au repos	Systolique	Diastolique
Abdomen			
Régions sensibles	Hernie	Masses	
Indiquer toute cicatrice liée à des opérations ou problèmes passés.			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			
Historique gynécologique			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			
La patiente est-elle enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s.o. Si oui, date d'accouchement prévue :		
Extrémités (os, articulations, muscles, restrictions des mouvements, varices)			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			
Peau			
<input type="checkbox"/> Aucune préoccupation			

ANNEXE A - PAGEE 400.02 – Formulaire de présélection de l'enseignant

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :

Système lymphatique

Aucune préoccupation

Système nerveux

Aucune préoccupation

Autre état de santé à signaler ou remarque à formuler

Nom du patient (Nom de famille/prénom) :

PARTIE 4 : AUTORISATION DU MÉDECIN

PARTIE QUE DOIT REMPLIR LE MÉDECIN

Veillez vérifier les renseignements fournis à la partie 2 et exposer en détail les états/antécédents médicaux identifiés et les traitements requis.

Commentaires du médecin :

Je certifie que j'ai examiné l'information de dépistage médical de _____ (nom de la personne). À mon avis :

il n'existe aucun besoin médical connu qui pourrait faire obstacle à l'affectation de cette personne hors du Canada.

il y a des besoins ou problèmes médicaux qui exigent un examen plus poussé/un suivi pour déterminer si une affectation en Europe serait appropriée pour cette personne.

il y a des besoins médicaux qui pourraient faire obstacle à l'affectation de cette personne outremer.

Signature du médecin

Date