



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE :
Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

Parent/Tuteur :

Ce formulaire est utilisé pour obtenir la recommandation d'un **psychiatre agréé, d'un psychologue agréé ou d'un infirmier praticien agréé en santé mentale psychiatrique** afin de mettre en place des services d'enseignement à domicile et en milieu hospitalier (HHT) pour les élèves dont l'état émotionnel les rend incapables de fréquenter l'école. Le personnel de l'école peut avoir besoin de contacter le médecin traitant pour obtenir les informations supplémentaires nécessaires à la détermination du besoin de services. Les services peuvent être refusés si le psychiatre, le psychologue agréé ou le personnel infirmier praticien agréé en santé mentale ne peut être joint dans les trois jours suivant la première tentative de contact. Votre signature ci-dessous autorise le médecin ou le clinicien à **communiquer des informations** au personnel de PGCPS et le personnel de PGCPS à **communiquer des informations** au médecin ou au clinicien. Le HHT est un soutien temporaire pour les élèves en crise émotionnelle. Il ne reproduit pas l'enseignement quotidien en classe. Les élèves bénéficient de 6 heures de soutien **par semaine**, comparées aux 30 heures d'enseignement dispensées à l'école. **Les Écoles publiques du comté de Prince George ne proposent pas de cours en ligne ou virtuels en lieu et place de la fréquentation scolaire normale.**

Signature du parent : _____

Date : _____

Student Information / Information de l'élève :

Student Name:/Nom de l'élève : _____

Date of Birth:/Date de naissance : _____

School Name:/Nom de l'école : _____

Student Grade:/Classe de l'élève : _____

Student PGCPS ID#:/Numéro d'identité PGCPS de l'élève : _____

Conseiller professionnel scolaire/Administrateur scolaire :

Cet élève a un IEP et reçoit les aménagements suivants de la part du district scolaire (cocher toutes les options applicables).

Assistant individuel dédié	Infirmière de service privé	Temps prolongé
----------------------------	-----------------------------	----------------

Informations médicales pour la détermination de l'enseignement à domicile et à l'hôpital

1. **Diagnostic et code(s) DSM-5-TR ou ICD-10 empêchant l'élève de fréquenter l'école pendant 20 jours ou plus.**
Si nécessaire, joindre des informations supplémentaires pour aider le district à déterminer pourquoi il ne serait pas en mesure d'accommoder l'élève pendant 20 jours scolaires ou plus.

Basé sur le diagnostic ci-dessus, l'élève est (COCHEZ UNE OPTION) :

INCAPABLE d'ALLER l'école pendant 20 jours consécutifs ou plus, mais peut commencer une transition progressive vers un environnement scolaire après 20 jours.
CAPABLE de fréquenter l'école par intermittence si sa santé le permet. Si l'élève peut **FRÉQUENTER DE MANIÈRE INTERMITTENTE SELON SON ÉTAT DE SANTÉ**, expliquez comment l'état émotionnel de l'élève et/ou son traitement peuvent affecter son assiduité ou son fonctionnement à l'école.



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

<p>2. Si l'élève est INCAPABLE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE, expliquez comment l'état émotionnel et/ou le plan de traitement de l'élève l'empêchent d'être accommodé dans un cadre scolaire traditionnel. Incluez toute documentation justificative qui aidera le district à déterminer la nécessité pour l'élève d'être absent pendant 20 jours scolaires ou plus.</p>	
<p>3. Je suis le prestataire qui assure la gestion des médicaments pour l'élève susmentionné.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI</p>
<p>4. Je suis le prestataire qui fournit la santé mentale/thérapie comportementale à l'élève nommé ci-dessus.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI</p>
<p>5. Date du premier rendez-vous avec l'élève susmentionné.</p>	
<p>6. Date du dernier rendez-vous avec l'élève susmentionné.</p>	
<p>7. Is the student currently taking medication?/L'élève prend-il actuellement des médicaments ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI Provide the names of the medication and dosage./Indiquez le nom des médicaments et la posologie.</p>
<p>8. Has treatment of this emotional condition required hospitalization or time in a residential facility?/Le traitement de cet état émotionnel a-t-il nécessité une hospitalisation ou un séjour dans un établissement résidentiel ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI If yes, provide names of facilities and dates of stays:/Si oui, indiquez le nom de l'établissement et la date du séjour :</p>
<p>9. I have provided a copy of the treatment plan and therapy goals for this student to be submitted with this form./J'ai fourni une copie du plan de traitement de l'élève à joindre à ce formulaire. A treatment plan with therapy goals must be submitted with this form./Un plan de traitement doit être joint à ce formulaire.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI</p>
<p>10. Date HHT services should BEGIN/Date à laquelle les services de HHT devraient COMMENCER :</p>	
<p>11. Fin de l'HHT après : (Cocher le nombre de semaines) : REMARQUE : L'HHT N'est PAS un service d'un an. Les élèves sont censés réintégrer l'école. L'ÉCOLE EN LIGNE N'EST PAS DISPONIBLE, sauf si l'élève a été accepté sur le campus en ligne de PGCPS. Le district scolaire peut fournir des aménagements et des modifications aux devoirs, un soutien en santé mentale, des entretiens avec un conseiller scolaire professionnel, et des ajustements de la charge de travail ou de la journée scolaire.</p>	
<p><input type="checkbox"/> 4 WEEKS/SEMAINES (20 days/jours scolaires)</p>	<p><input type="checkbox"/> 8 WEEKS/SEMAINES (40 days/jours scolaires)</p>
<p><input type="checkbox"/> 5 WEEKS/SEMAINES (25 days/jours scolaires)</p>	<p><input type="checkbox"/> 9 WEEKS/SEMAINES (45 days/jours scolaires)</p>
<p><input type="checkbox"/> 6 WEEKS/SEMAINES (30 days/jours scolaires)</p>	<p><input type="checkbox"/> 10 WEEKS/SEMAINES (50 days/jours scolaires)</p>
<p><input type="checkbox"/> 7 WEEKS/SEMAINES (35 days/jours scolaires)</p>	<p><input type="checkbox"/> 11 WEEKS/SEMAINES (55 days/jours scolaires)</p>

Health Care Provider Verification/Vérification du prestataire de soins de santé



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

Health Care Provider's Name and Title (Print): / Nom et titre du prestataire de soins de santé (en majuscules) :	
Health Care Provider (check one) / Fournisseur de soins sanitaires (cocher une option) :	<input type="checkbox"/> Licensed Psychiatrist/Psychiatre agréé <input type="checkbox"/> Licensed Psychologist/Psychologue agréé <input type="checkbox"/> Licensed Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner/Infirmier(e) praticien(ne) diplômé(e) en santé mentale psychiatrique
License Number: / Numéro de licence :	Contact Phone Number: / Numéro de téléphone :
Email Address (For School Psychologist Consult): / Adresse électronique (pour les consultations avec les psychologues scolaires) :	

This form is valid for 60 days from the date of the physician's signature. / Ce formulaire est valable 60 jours à compter de la date de signature du médecin.

Health Care Provider's Signature: / Signature du prestataire de soins de santé :

Date :
