

Formulaire de recommandation d'un(e) professionnel(le) de la santé concernant des mesures d'adaptation à l'examen de compétence

Directives

Veuillez remplir le présent formulaire dans son intégralité et l'envoyer par courriel au Collège des agents de brevets et des agents de marques de commerce (CABAMC), accompagné de tous les documents justificatifs requis, à la direction de l'inscription à l'adresse registration-inscription@cpata-cabamc.ca.

Les agent(e)s en formation inscrit(e)s au programme d'inscription du Collège doivent réussir les examens de compétence applicables pour être admissibles à un permis d'agent(e) de brevets ou à un permis d'agent(e) de marques de commerce au Canada. Veuillez consulter les descriptions détaillées du format et de la durée des [examens de compétence des agent\(e\)s de brevets](#) et des [examens de compétence des agent\(e\)s de marques de commerce](#). Les examens de compétence permettent d'évaluer si un(e) agent(e) en formation possède le niveau minimum de compétences requis d'un(e) agent(e) de brevets ou d'un(e) agent(e) de marques de commerce débutant(e).

Les agent(e)s en formation peuvent demander des mesures d'adaptation pour un examen de compétence en se fondant sur un motif énoncé dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, L.R.C. (1985), ch. H-6. Pour demander des mesures d'adaptation en raison d'un handicap, un(e) agent(e) en formation doit remplir et soumettre un formulaire de demande de mesures d'adaptation et soumettre la documentation médicale connexe d'un(e) professionnel(le) de la santé réglementé(e) et autorisé(e) à diagnostiquer et à prendre en charge cet état ou ce handicap.

REMARQUE IMPORTANTE : Les agent(e)s en formation doivent fournir une confirmation médicale de leur état ou de leur handicap, ainsi que des renseignements qui aideront le Collège à mettre en place des mesures d'adaptation appropriées. Les agent(e)s en formation peuvent volontairement fournir des renseignements plus détaillés sur leur handicap, y compris un diagnostic précis. Le Collège utilise ces renseignements uniquement pour répondre à la demande de mesures d'adaptation et aux questions raisonnablement pertinentes. Sauf en cas de consentement, le Collège ne communique pas ces renseignements à qui que ce soit.

Information à l'intention des agent(e)s en formation

Veuillez remettre ce formulaire à un(e) professionnel(e) de la santé réglementé(e) et autorisé(e) à diagnostiquer **ou à prendre en charge** l'état pour lequel vous demandez des mesures d'adaptation. Le(la) professionnel(e) doit confirmer l'existence de l'état pour lequel vous sollicitez des mesures d'adaptation et apporter des renseignements sur les limitations fonctionnelles éventuelles qui y sont associées. Le(la) professionnel(le) n'est pas tenu(e) de divulguer votre diagnostic.

Le(la) professionnel(le) de la santé qui remplit ce formulaire doit le transmettre en l'accompagnant des documents justificatifs dans un seul et même courriel adressé au Collège à registration-inscription@cpata-cabamc.ca. L'objet du courriel doit être le suivant : « *Formulaire de recommandation d'un(e) professionnel(le) de la santé concernant des mesures d'adaptation à l'examen de compétence – [Nom du(de la) candidat(e), prénom du(de la) candidat(e)]* ».

Veillez signer ce formulaire à l'endroit indiqué ci-dessous autorisant votre professionnel(le) de la santé à fournir les renseignements justificatifs et tout autre renseignement plus détaillé (p. ex., un diagnostic), le cas échéant.

Nous vous recommandons vivement d'utiliser un mot de passe pour protéger les documents transmis par courriel. Veuillez indiquer ce mot de passe dans un courriel distinct de votre demande.

Partie 1 : À remplir par l'agent(e) en formation

Nom légal actuel

Prénom : _____ Second prénom : _____ Nom : _____

N° du CABAMC : _____

Date de naissance :

J'autorise le(la) professionnel(e) de la santé dont le nom figure ci-dessous à communiquer des renseignements concernant les limitations fonctionnelles de mon état de santé au Collège des agents de brevets et des agents de marques de commerce afin de justifier ma demande de mesure d'adaptation.

Consentement à la divulgation du diagnostic au Collège

J'accepte que mon diagnostic soit indiqué dans ce formulaire.

Je REFUSE que mon diagnostic soit indiqué dans ce formulaire.

Signature de l'agent(e) en formation

Date

Information à l'intention du (de) la professionnel(le) de la santé

L'agent(e) en formation susmentionné(e) a demandé des mesures d'adaptation pour un examen de compétence en raison de son état de santé. Afin de traiter sa demande, le Collège exige des documents médicaux à l'appui de la demande provenant d'un(e) membre d'une profession de la santé réglementé(e) et autorisé(e) à diagnostiquer ou à prendre en charge l'état pour lequel des mesures d'adaptation sont demandées.

Vous devez avoir établi le diagnostic de l'état pour lequel l'agent(e) en formation demande une mesure d'adaptation ou être en mesure de le confirmer.

Les mesures d'adaptation visent à faire en sorte que l'examen de compétence se déroule dans des conditions équitables pour les candidat(e)s qui autrement pourraient ne pas réussir en raison d'un ou de plusieurs motifs prévus dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne*.

Votre contribution sera essentielle à la détermination des mesures d'adaptation appropriées à mettre en place pour l'agent(e) en formation lors de l'examen.

Assurez-vous que l'agent(e) en formation a apposé sa signature ci-dessus. Vous devez répondre aux questions ci-dessous, en ajoutant des annexes si vous avez besoin de plus d'espace. Une fois rempli, envoyez ce formulaire et les annexes directement au Collège en les joignant à un seul et même courriel à transmettre à l'adresse registration-inscription@cpata-cabamc.ca. L'objet du courriel doit être le suivant : *« Formulaire de recommandation d'un(e) professionnel(le) de la santé concernant des mesures d'adaptation à l'examen de compétence – [Nom du(de la) candidat(e), prénom du(de la) candidat(e)] »*.

Veuillez vous assurer que vos réponses sont LISIBLES.

Partie 2 : À remplir par le(la) professionnel(le) de la santé

Nom : _____

Profession : _____

Nom de l'organisme de réglementation : _____

Numéro de permis/d'enregistrement : _____

Nom du bureau/de l'organisation : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Partie 3 : Qualification du (de) la professionnel(le) de la santé

Dans cette partie, veuillez décrire votre qualification professionnelle. Veuillez fournir des renseignements sur (a) votre domaine de pratique, (b) vos domaines de spécialisation et (c) toute expérience en matière de

détermination des limitations fonctionnelles en rapport avec les besoins d'adaptation pour des examens menant à l'obtention d'un permis.

Domaines de pratique	Domaines de spécialisation	Expérience

Partie 4 : Confirmation des motifs justifiant des mesures d'adaptation

Dans cette partie, veuillez confirmer que l'agent(e) en formation susmentionné(e) présente un handicap, une maladie ou un besoin lié à la grossesse ou à la maternité. Décrivez les limitations fonctionnelles associées à la situation de handicap ou à l'état de santé qui ont une incidence sur son aptitude à passer l'examen de compétence dans les conditions normales indiquées dans les pages citées ci-dessus.

Depuis combien de temps l'agent(e) en formation est-il(elle) sous vos soins? _____

Quand l'agent(e) en formation a-t-il(elle) reçu un diagnostic de cet état? _____

Est-ce vous qui avez diagnostiqué cet état? Oui Non

Si vous n'avez pas diagnostiqué cet état, l'avez-vous confirmé?

(Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, ne répondez pas à cette question.)

Oui Non

Comment avez-vous reçu un diagnostic ou confirmé cet état? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.)

Un ou plusieurs examens spécifiques Oui Non

Veuillez préciser les examens réalisés :

Observation médicale Oui Non

Auto-évaluation Oui Non

Autre méthode (Veuillez préciser votre réponse)

Comment décririez-vous les limitations fonctionnelles associées à l'état de cette personne?

Limitations chroniques

Limitations temporaires

Limitations intermittentes

Veillez préciser votre réponse :

Pour les documents datant de plus de deux (2) ans, une déclaration concernant la stabilité et les changements des limitations de l'agent(e) doit être fournie, afin de déterminer les répercussions de tout changement sur les besoins d'adaptation lors de l'examen en question.

Tous les documents soumis à l'appui d'une demande doivent être rédigés sur du papier à en-tête officiel et inclure le titre professionnel et les coordonnées de la personne concernée.

Partie 5 : Type d'incapacité et gravité

Veillez indiquer le type d'incapacité, son degré de gravité et décrire les limitations fonctionnelles liées à cette incapacité ainsi que ses répercussions sur les examens dans un environnement d'examen standard.

Si vous recommandez un temps de rédaction supplémentaire pour terminer un examen en raison d'un trouble neurodéveloppemental ou cognitif, veuillez préciser les problèmes affectant le développement et le fonctionnement de l'agent(e) en formation, la gravité du trouble et le traitement actuel dans le tableau ci-dessous. Veuillez décrire la manière dont l'agent(e) en formation est affecté(e) et dont les limitations fonctionnelles sont causées par cette incapacité, afin de fournir une base mesurable pour justifier le temps de rédaction supplémentaire recommandé. Toutes les recommandations concernant le temps de rédaction supplémentaire doivent indiquer avec exactitude la durée de rédaction supplémentaire demandée.

Gravité :

- Incapacité légère : L'agent(e) en formation peut s'en sortir avec un soutien minimal.
- Incapacité modérée : L'agent(e) en formation a besoin d'un certain degré d'adaptation, car les symptômes sont plus manifestes.
- Forte incapacité : L'agent(e) en formation présente une incapacité importante. Des mesures d'adaptation importantes peuvent être nécessaires lorsque les symptômes et leurs effets interfèrent avec le fonctionnement de l'agent(e).

Type d'incapacité	Gravité	Limitations fonctionnelles et incidence sur les examens
Incapacité cognitive ou mentale :		
<ul style="list-style-type: none"> Compréhension, mémorisation et exécution des instructions 		
<ul style="list-style-type: none"> Concentration 		
<ul style="list-style-type: none"> Traitement de l'information (p. ex., compréhension, analyse, synthèse) 		
<ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement cognitif (capacité à exécuter plusieurs tâches à la fois, à établir des priorités, à s'organiser et à gérer son temps) 		
<ul style="list-style-type: none"> Lecture 		
<ul style="list-style-type: none"> Autre(s) (veuillez préciser) 		
Incapacité physique :		
<ul style="list-style-type: none"> Maladie physique chronique 		
<ul style="list-style-type: none"> Capacité limitée à s'asseoir pendant une période prolongée 		
<ul style="list-style-type: none"> Douleur chronique ou périodique 		
<ul style="list-style-type: none"> Surdité, surdité acquise, perte auditive 		
<ul style="list-style-type: none"> Basse vision, cécité, fatigue oculaire 		
<ul style="list-style-type: none"> Mobilité réduite 		
<ul style="list-style-type: none"> Faible endurance, pauses fréquentes obligatoires 		
<ul style="list-style-type: none"> Autre(s) (veuillez préciser) 		

Partie 6 : Équipement et appareils fonctionnels (le cas échéant)

Veillez énumérer, le cas échéant, l'équipement ou les appareils et accessoires fonctionnels que vous recommandez à l'agent(e) en formation d'utiliser pendant l'examen et donnez une brève explication pour chacun d'entre eux.

Demande	Motif

Partie 7 : Confirmation et signature du(de la) professionnel(le) de la santé

Je confirme que l'information que j'ai fournie est exacte, dans la limite de mes connaissances et de mon expertise, et qu'elle relève de mon champ de compétence.

Signature du (de la) professionnel(e) de la santé

Date

Ce formulaire et toute annexe doivent être envoyés directement au Collège par le(la) professionnel(le) de la santé ayant apposé sa signature. Veuillez joindre le formulaire accompagné des annexes à un seul et même courriel et l'envoyer à l'adresse registration-inscription@cpata-cabamc.ca. L'objet du courriel doit être le suivant : « *Formulaire de recommandation d'un(e) professionnel(le) de la santé concernant des mesures d'adaptation à l'examen de compétence – [Nom du(de la) candidat(e), prénom du(de la) candidat(e)]* ». Nous vous recommandons vivement d'utiliser un mot de passe pour protéger les documents transmis par courriel. Veuillez indiquer ce mot de passe dans un courriel distinct de votre demande.