

**Accommodements pour l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) – formulaire sur les capacités fonctionnelles**

Si vous êtes candidat(e) à l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) et que vous avez demandé un accommodement sur la base d'un handicap (y compris une maladie, une blessure ou un problème de santé) ou d'un besoin lié à la grossesse/maternité, veuillez remplir la **section A** ci-dessous et remettre ce **formulaire B1** à votre médecin traitant ou autre professionnel de la santé qualifié.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (à remplir par la candidate ou le candidat)		
Nom de famille	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel	Pays
DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS : Je suis candidat(e) à l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD), lequel est administré par la Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire du Canada (FORHDC). J'ai demandé un accommodement sur la base d'un handicap (y compris une maladie, une blessure ou un problème de santé) ou d'un besoin lié à la grossesse/maternité. La FORHDC a besoin de certains renseignements au sujet de ma santé et de mes limitations afin d'évaluer adéquatement ma demande et de gérer mes besoins durant le processus de l'ECNHD. Je, _____, autorise par la présente la divulgation des renseignements décrits dans le présent formulaire (formulaire B1) et de tout autre document, test ou rapport d'évaluation qu'il est raisonnablement nécessaire de divulguer. Cette autorisation est basée sur le fait que la FORHDC convient que les renseignements fournis resteront confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins mentionnées ci-dessus. Signature de la candidate ou du candidat : _____ Date : _____		
SECTION B (à remplir par un professionnel de la santé qualifié)		
DÉSIGNATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ :		
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Infirmier(-ère) autorisé(e) (catégorie avancée)	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Prénom		Nom de famille
Nom de l'organisme de réglementation		Numéro de permis
Cabinet/organisation		
Ville, province et code postal		
Téléphone ()		Télécopieur ()
Date de l'évaluation (jj/mm/aaaa)		
Je confirme que la candidate ou le candidat a un handicap ou un besoin lié à la grossesse/maternité créant des limitations fonctionnelles qui affecteront sa capacité à effectuer l'ECNHD :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



Accommodements pour l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) – formulaire sur les capacités fonctionnelles

SECTION C

(à remplir par un professionnel de la santé autorisé)

1. Depuis combien de temps suivez-vous cette personne? _____
2. Si la demande d'accommodements est basée sur un **handicap**, de quel type de handicap s'agit-il (cochez toutes les cases pertinentes)?
 Cognitif Psychologique Physique S.O. (besoin lié à la grossesse/maternité)
3. J'ai diagnostiqué le handicap de la personne ou confirmé ses besoins liés à la grossesse/maternité; **OU**,
 Je n'ai pas diagnostiqué le handicap de cette personne. Avez-vous confirmé le diagnostic? Oui / Non (veuillez encercler une réponse)
4. Parmi les éléments suivants, lesquels avez-vous utilisés pour établir ou confirmer le diagnostic du handicap ou pour confirmer les besoins de la candidate liés à la grossesse/maternité? (Veuillez cocher toutes les cases pertinentes et joindre des copies de tous les tests/rapports pertinents) :
 Tests médicaux Observation médicale Déclaration du (de la) candidat(e) Autre méthode
Veuillez préciser : _____

5. L'ECNHD est un examen informatisé à choix multiples qui se déroule sur 4 heures (deux parties de 2 heures séparées par une pause de 15 minutes) dans un centre d'examen ou sous surveillance virtuelle. Veuillez expliquer **pourquoi** la candidate ou le candidat a besoin d'un accommodement et **comment** son handicap ou ses besoins liés à la grossesse/maternité auront une incidence sur sa capacité à effectuer l'ECNHD dans des conditions d'examen normales. Veuillez décrire brièvement le handicap ou le ou les besoins liés à la grossesse/maternité de la candidate ou du candidat (il n'est **pas** nécessaire de divulguer le diagnostic) :

6. Listez et décrivez **les accommodements** dont la personne a besoin. Veuillez être aussi **spécifique** que possible. (P. ex., décrivez les limitations/restrictions de la personne, indiquez droite et/ou gauche, le cas échéant. Si la personne est incapable de rester assise ou debout pendant de longues périodes, veuillez indiquer la durée maximale, etc.) If the candidate requires adaptive software, technology, or other physical resources please specify the item requested. If the candidate requires additional writing time, please specify the **exact amount of additional time required** (e.g. 15 minutes or 1 hour per part). Requests for a span of time (e.g. 1-2 hours) or unlimited time will not be granted. If the candidate requires additional breaks, please specify how many additional breaks and how long is required for a break (e.g. One 5-minute break per part of the exam).:

**Accommodements pour l'Examen de certification nationale en hygiène dentaire (ECNHD) – formulaire sur les capacités fonctionnelles****SECTION E – DÉCLARATION**

Je confirme que les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts et qu'ils relèvent de mon champ de pratique.

Nom en lettres moulées : _____

Signature : _____

Date : _____

Tampon du médecin

Veillez transmettre le formulaire B1 rempli ainsi que les pièces jointes (le cas échéant) à info@fdhrc-forhdc.ca et envoyer une copie à la candidate ou au candidat par courriel. Si vous utilisez la télécopie, veuillez l'envoyer au 613 260-8511.

Si vous avez des questions ou préoccupations sur le contenu du formulaire B1, veuillez envoyer un courriel détaillé à info@fdhrc-forhdc.ca.