

Formulaire d'aptitude à poursuivre un stage

Nom du stagiaire : _____

(Nom du stagiaire) souhaite, à compter du (Jour, mois année), compléter son stage normalement d'une durée de 4 mois, stage qui a été interrompu après (x) mois en (Mois, année) à la suite d'un problème de santé.

Il s'agit d'un stage de mise en contexte clinique et d'évaluation des compétences médicales destiné aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU). Les résultats attendus à ces stages correspondent, en termes d'exigences, à ceux d'un résident en début de formation.

Cette reprise envisagée de stage clinique serait d'une durée de (y) semaines. Pour le reste de son stage, le ou la stagiaire évoluerait à la fois dans un contexte ambulatoire et en hospitalisation.

Nous souhaitons obtenir un avis médical afin de nous assurer que le ou la stagiaire ne présente pas de danger pour sa propre santé ou pour celle des patients qu'il sera amené à soigner dans le cadre de ce stage. À noter que sa couverture vaccinale était adéquate en (Mois, année).

Nous vous demandons de compléter les items suivants :

- Le ou la stagiaire a-t-il les capacités cognitives et physiques de suivre et de compléter ce stage de façon sécuritaire pour lui et pour les patients?

Oui Non Ne sais pas

Commentaires :

- Comment évaluez-vous le risque de récurrence de la maladie à l'origine de l'absence du stagiaire pendant son stage?

Élevé Moyen Faible Ne sais pas

Commentaires :

- À votre connaissance, le ou la stagiaire a-t-il d'autres pathologies susceptibles de mettre en péril sa santé ou celle des patients?

Oui Non Ne sais pas

Commentaires :

Nom du médecin traitant en lettres moulées

Signature

Numéro de permis : _____

Ville et date