

Certificat médical – COVID-19

Tel qu'annoncé par le premier ministre du Québec, M. François Legault et la ministre de l'enseignement supérieur, Mme Danielle McCann, les universités devront offrir leurs cours en présentiel à l'automne 2021 (mi-août à décembre 2021). Cependant, certains étudiants ou étudiantes pourraient présenter certaines **conditions chroniques ou d'immunosuppression susceptibles de complications sévères en cas d'infection à la COVID-19**, et ouvrant droit à une demande d'adaptation académique pour la session d'automne 2021 uniquement. Parmi les conditions médicales, on retrouve notamment¹ :

Maladies respiratoires

- Maladie pulmonaire chronique non contrôlée, incluant l'asthme non contrôlé
- Besoin d'oxygénothérapie à domicile
- Nécessité de ventilation non invasive à domicile (BiPAP/ CPAP/Optiflow)
- Porteur de trachéostomie

Conditions cardiaques :

- Hypertension pulmonaire sévère;
- Cardiopathie cyanogène non opérée
- En attente de, ou post greffe cardiaque
- Insuffisance cardiaque sévère
- Palliation de Fontan décompensée incluant l'entéropathie exsudative

Conditions immunosuppressives :

- Immunodéficience primaire (immunité cellulaire)
- Sous radiothérapie, chimiothérapie. Immunothérapie ou thérapie cellulaire – greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Greffe du foie, rein, cœur, poumons, pancréas, intestin
- Greffe de moelle osseuse
- VIH (CD4 < 200/mm³) ou SIDA symptomatique
- Sous hautes doses de corticostéroïdes
- Sous traitement avec des immunosuppresseurs de forte intensité

Porteur d'une ou plusieurs maladies chroniques non contrôlées ou nécessitant un suivi régulier :

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Troubles hépatiques (incluant cirrhose)

Obésité morbide (IMC > 40)

Autres problèmes médicaux multisystémiques complexes

ATTESTATION²

Nom de l'étudiant(e) : _____ Matricule UdeM : _____

La présente certifie que _____ (nom de l'étudiant[e]) présente certaine(s) **condition(s) chronique(s) ou immunosuppression susceptible(s) de complications sévères en cas d'infection à la COVID-19**.

Nom du médecin traitant : _____ Numéro de permis : _____

Signature du médecin traitant : _____ Date : _____

¹ Source : Ministère de la santé et des services sociaux. Orientations intérimaires du directeur national de santé publique au sujet des considérations médicales pour la fréquentation des milieux scolaires et de garde par les enfants et adolescents présentant des maladies chroniques en période de covid-19 au Québec. 14 août 2020.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-166W.pdf>.

² Pour de plus amples informations sur les certificats médicaux du Collège des médecins du Québec, voir :
<http://www.cmq.org/page/fr/covid-19-attestations-et-certificats-medicaux-en-situation-de-pandemie.aspx>.