

PARTICIPATION À UN STAGE – CONDITION DE GROSSESSE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE STAGIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____

Code permanent : _____ Trimestre : _____

STAGE

Baccalauréat

☐ PSE5036 - Stage I - Planification, organisation et animation de l'intervention psychoéducatrice

Trimestre automne	252 heures/14 semaines
Début :	Fin :

☐ PSE5046 - Stage II - Planification, organisation et animation de l'intervention psychoéducatrice

Trimestre automne	252 heures/14 semaines
Début :	Fin :

Maîtrise

☒ PSE7012- Stage d'intervention

Trimestres automne et hiver	540 heures/28 semaines
Début : 9 septembre 2024	Fin : 11 avril 2025

L'Université du Québec en Outaouais exige que la personne étudiante enceinte qui décide de faire un stage obtienne l'autorisation de son médecin traitant ou autre spécialiste de la santé ayant le droit d'exercer un suivi de grossesse. Les critères applicables sont les mêmes que dans le cas des femmes enceintes en milieu de travail. Tout au long du stage, la personne stagiaire aura à exécuter les tâches normalement attribuées à sa personne accompagnatrice. Vous trouverez ci-dessous des exemples de risques pouvant affecter la grossesse de l'étudiante :

- Station debout prolongée.
 - Torsion, flexion, extension du tronc.
 - Risques de coups.
 - Exposition à des désorganisations (clientèle vulnérable ayant des difficultés d'adaptation).
 - Risques ergonomiques.
 - Exposition à des risques biologiques (morsures, salive, sang, etc.).
 - Immunisation (exposition à des maladies, telles que parvovirus (5^e maladie), rubéole, varicelle, rougeole, coqueluche, covid, etc.).
 - Autres dangers appréhendés par la personne stagiaire ou le milieu :
- À noter que le milieu demande de recevoir une preuve que la personne stagiaire est immunisée contre la 5^e maladie, la rubéole, la varicelle et la rougeole. Si elle n'est pas immunisée, elle ne pourra pas poursuivre son stage.**

**ATTESTATION MÉDICALE ET RECOMMANDATIONS PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU DE
L'INFIRMIÈRE DE LA PERSONNE STAGIAIRE ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

Date prévue d'accouchement ou date de naissance de l'enfant allaité : _____

Ayant pris connaissance des conditions et des risques inhérents au stage en psychoéducation :

- ☐ Je considère que la condition de la personne stagiaire ci-haut mentionnée **ne lui permet pas** de réaliser son stage à la présente session. **Elle doit donc être retirée du stage.**
- ☐ Je considère que la condition de la personne stagiaire ci-haut mentionnée **lui permet** d'effectuer son stage à la présente session, et ce, **sans recommandations particulières.**
- ☐ Je considère que la condition de la personne stagiaire ci-haut mentionnée **lui permet** d'effectuer son stage à la présente session **dans le respect des recommandations suivantes :**

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne– en lettres moulées :

No de permis (CPMQ – OIIQ) _____

Tél. : _____

APPOSEZ ICI L'ESTAMPILLE PROFESSIONNELLE (obligatoire)

Adresse d'affaires :

Signature du médecin ou de l'IPSPL

Date