

Ergothérapie/physiothérapie

Liste de vérification du personnel enseignant

Nom de l'élève : _____ DN : _____ (jj/mm/aaaa)

Diagnostic connu : _____ Niveau scolaire : _____

Veillez noter que les services directs peuvent ne pas être appropriés pour les éléments suivants. Veuillez vous adresser à votre ergothérapeute/physiothérapeute si vous avez l'une ou l'autre des préoccupations énumérées ci-dessous :

- la technologie d'assistance, les ressources et les mesures d'adaptation sont déjà en place et fonctionnent bien;
- les problèmes sporadiques (n'ayant pas d'impact sur le rendement quotidien);
- les problèmes liés au langage (c.-à-d. orthographe, dyslexie, lecture).

Besoins de l'élève/objectifs fonctionnels en classe :

Veillez décrire la ou les principales raisons de l'aiguillage de l'élève et les répercussions que cela aura sur son rendement scolaire (c.-à-d. quelles sont les activités fonctionnelles en classe avec lesquelles l'élève éprouve des difficultés?) :

Veillez préciser les résultats que vous souhaitez que l'élève obtienne, et veuillez évaluer votre niveau de satisfaction actuel par rapport au rendement actuel de l'élève.

Compétences générales en classe (p. ex. : capable de suivre des consignes verbales ou écrites, de faire les transitions, de suivre les règles et les routines en classe, etc.)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Objets et matériel de manipulation (p. ex. : préférence manuelle, préhension et maîtrise du crayon, utilisation des outils en classe comme des ciseaux, une gomme à effacer, une règle, un clavier, etc.)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Communication écrite (p. ex. : lisibilité, organisation, utilisation de la technologie, efficacité, traçage, etc.)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Compétences organisationnelles générales (p. ex. : capable d'organiser les tâches et le matériel scolaire, de ranger et de récupérer les outils et le matériel d'apprentissage, de faire la transition entre les tâches, de persévérer ou de demander de l'aide, etc.)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Compétences d'autonomie (p. ex. : routine de la salle de bain, hygiène; capable de mettre/d'enlever les vêtements et de manipuler les fermetures à glissière, d'ouvrir et de fermer des contenants, de s'alimenter, de nettoyer derrière lui, etc.)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Capacités sensorielles (doivent affecter de manière significative la capacité de l'élève à accéder au programme d'études et sont indépendants du comportement, p. ex. : est facilement perturbé ou distrait par des bruits forts, des lumières vives; recherche des textures, des goûts, se berce, se balance ou tourne)

N'est pas une préoccupation

Niveau de satisfaction actuel : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Insatisfait Très satisfait

L'élève sera en mesure de :

Quels outils (p. ex. : équipement sensoriel, sièges ou modifications environnementales) avez-vous déjà essayés pour soutenir le rendement de l'élève et quels ont été les résultats?

Quelles stratégies/stratégies universelles avez-vous essayées pour soutenir le rendement de l'élève et quels ont été les résultats?

Quels autres services de soutien ont été essayés et qui est actuellement impliqué?

Y a-t-il de l'équipement spécialisé actuellement en place pour soutenir l'élève? Veuillez le décrire :

Attelles/appareils orthopédiques	
Aides à la mobilité (c.-à-d. déambulateur, vélo, etc.)	
Fauteuil roulant (électrique, manuel)	
Équipement de transfert (c.-à-d. lève-personne portatif ou fixé au plafond, élingues, etc.)	
Équipement de siège ou de positionnement spécialisé (chaise adaptée, cale-pied, verticalisateur, etc.)	
Aides à l'alimentation/l'habillement	
Aides pour la toilette/salle de bains	
Aides à la communication orale (c.-à-d. système FM, PECS, Proloquo2go, etc.)	
Aides à la communication écrite (technologie d'assistance, bagues porte-crayons, tableau incliné, bande d'alphabet, mur de mots personnels, etc.)	

Technologie d'assistance (c.-à-d. ordinateur, iPad, interrupteurs, etc.)	
Équipement sensoriel (jouets à mâcher, objets à manipuler, bandes de résistance autour du bas d'une chaise, couverture lestée, etc.)	
Équipement pour favoriser la concentration/l'attention (tabouret Hokki, chaise berçante, coussin Disc'o'Sit, pupitre debout, objets à manipuler, alvéole d'étude, chronomètre)	
Autre	

Si l'aiguillage vise à soutenir le financement de la somme liée à l'équipement personnalisé (SEP) ou un autre financement pour la technologie/l'équipement, veuillez le préciser ici :

Y a-t-il des préoccupations en matière de sécurité? Oui Non Si « Oui », veuillez décrire :

L'état de santé de l'élève a-t-il changé récemment? Oui Non Si « Oui », veuillez décrire :

Stratégies et soutiens en classe disponibles :

Cet élève a-t-il déjà fréquenté le *Children's Treatment Centre* ou les Services de réadaptation en milieu scolaire?

Oui Non Incertain Si « Oui », quels services a-t-il reçu et pendant combien de temps?

Ergothérapie	
Physiothérapie	
Orthophonie	

Les stratégies recommandées précédemment ont-elles été mises en œuvre avec succès? Veuillez préciser pourquoi ou pourquoi pas.

Quel soutien l'élève reçoit-il actuellement en classe?

Veillez indiquer le degré d'assistance dont l'élève a besoin pour accomplir sa routine quotidienne.

- Aucune assistance Assistance minimale Assistance modérée Assistance maximale
- Assistance physique Assistance verbale

Intérêts actuels/participation aux activités parascolaires :

L'élève a-t-il des passe-temps préférés ou des activités parascolaires qu'il apprécie (p. ex. sports, groupes religieux, musique, théâtre, etc.)?

Décrivez la participation de l'élève aux activités sociales avec ses pairs (en classe et à l'extérieur).

Y a-t-il autre chose que vous souhaitez partager avec l'ergothérapeute/le physiothérapeute?

Veillez joindre un échantillon du travail écrit de l'élève si vous aiguillez l'élève vers des services d'ergothérapie.

Rempli par (signature)

Date

Nom en lettres moulées

***Veillez joindre le formulaire d'aiguillage du directeur
et soumettre le tout.**

355, rue Lark, Chatham (Ontario) N7L 5B2
Téléphone : 519 354-0520 Télécopieur : 519-354-7355 Sans frais : 1 833 241-0628