



Services de réadaptation en milieu scolaire et processus auditif central

Formulaire d'aiguillage principal

☐ Le parent/tuteur légal a consenti au présent aiguillage

Date : _____ Langue de préférence : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre : _____

Langues parlées à la maison : ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre : _____

Un interprète est-il nécessaire pour communiquer avec le fournisseur de soins? ☐ Oui ☐ Non

Nom du client : _____ Date de naissance : _____ ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre : _____

Adresse : _____

Nom du ou des tuteurs légaux: _____ N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Problèmes de santé/troubles du développement: _____

Renseignements scolaires :

Nom de l'école : _____ Année : _____

Direction d'école : _____ Titulaire de classe: _____

Enseignant-ressource : _____

Personne à contacter pour des renseignements supplémentaires : _____ Poste: _____

Placement dans une classe : ☐ Ordinaire ☐ Enfance en difficulté ☐ Aptitudes à la vie quotidienne ☐ Autre : _____

Interventions/soutiens actuels de l'école :

- ☐ PEI ☐ AE/travailleur de soutien au développement ☐ CIPR ☐ Enseignant-ressource
☐ Technologie d'assistance ☐ Enrichissement ☐ Spécialistes de l'analyse comportementale appliquée ☐ Sourd et malentendant ☐ Aveugle/basse vision
☐ Équipe multidisciplinaire de soutien de l'élève ☐ Équipe de soutien collaboratif ☐ Équipe de bien-être
☐ Soutiens comportementaux

☐ Date du dernier rapport de l'équipe d'orthophonie du conseil scolaire : _____ Rapport Annexé: ☐ Oui ☐ Non

☐ Évaluation psychoéducationnelle terminée: Date: _____ (requis avant l'aiguillage, le cas échéant)

☐ Autre (p. ex., LINCK) : _____

Évaluation demandée:

- ☐ Ergothérapie ☐ Physiothérapie ☐ Orthophonie ☐ Audio seulement
☐ Priorité audio pour les tests psychologiques ☐ Processus auditif central (7 ans et plus et NE PAS avoir reçu un diagnostic de déficience intellectuelle)

Commentaires : _____

Quel est le résultat attendu de l'aiguillage? _____

Nom du client : _____ Date de naissance : _____

L'école doit participer au soutien de l'élève pendant qu'il fait partie du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Les thérapeutes feront des recommandations à l'équipe de l'école que celle-ci devra mettre en œuvre. Veuillez cocher la case correspondant à la personne/au principal contact de l'école qui sera responsable d'assurer les suivis avec le thérapeute, ainsi qu'indiquer son nom et son adresse courriel :

☐ Titulaire de classe : _____

☐ Enseignant-ressource : _____

☐ Direction d'école : _____

☐ Autre : _____

ANTÉCÉDENTS D'ACCÈS AUX SERVICES :

L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS - ergothérapie? ☐ Oui ☐ Non Année du congé : _____

L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS - physiothérapie? ☐ Oui ☐ Non Année du congé : _____

L'élève a-t-il précédemment reçu des SRMS – orthophonie? ☐ Oui ☐ Non Année du congé : _____

L'école utilise-t-elle les stratégies élaborées par le thérapeute, et fonctionnent-elles toujours, p. ex., stratégies de P4C (partenaires pour le changement), recommandations universelles, recommandations propres à une liste de clients précédents? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous communiqué avec les parents et les enseignants précédents pour passer en revue les interventions?

☐ Oui ☐ Non

Qu'est-ce qui a changé? Décrivez en détail. _____

VEUILLEZ INDIQUER LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS/RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES INCLUS DANS LE PRÉSENT AIGUILLAGE:

- ☐ Liste de vérification de l'enseignant (**requis** pour les aiguillages en ergothérapie et en physiothérapie)
- ☐ Exemple de production écrite **OU** de dessin/coloriage si l'élève n'écrit pas encore (**requis** pour les aiguillages en technologie d'assistance et en ergothérapie pour troubles de motricité fine)
- ☐ Formulaire d'aiguillage en orthophonie
- ☐ Rapport d'orthophonie du conseil scolaire (le cas échéant)
- ☐ Rapport d'évaluation psychoéducationnelle (**requis** avant l'aiguillage, le cas échéant)
- ☐ Autres rapports pour soutenir la nécessité d'une évaluation
- ☐ Objectifs applicables du Plan d'enseignement individualisé
- ☐ Questionnaire sur le PAC (requis pour les aiguillages en processus auditif central)
- ☐ Plan de sécurité (le cas échéant)

Enseignant-ressource : _____ Courriel : _____

☐ La direction d'école est au courant du ou des aiguillages ci-dessus vers le Centre de traitement pour enfants de Chatham-Kent

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez l'envoyer par la poste, par messagerie ou par télécopieur (519 354-7355) ou, si le consentement parental a été obtenu, par courriel à cbottrill@ctc-ck.com. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus d'aiguillage, veuillez composer le 519 354-0520.

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

Dernière révision : 30 août 2023