

Ergothérapie Feuille de vérification de l'enseignant

Nom de l'élève : _____

Date de naissance : _____ (jj/mm/aaaa)

Année : _____

L'ergothérapeute a examiné et approuvé cet aiguillage et lui a attribué la priorité suivante :

NIVEAU 2 NIVEAU 3

Diagnostic connu et/ou tout changement récent de l'état de santé et/ou administration de tests diagnostiques à venir :

Veillez prendre note que les services directs peuvent ne pas être appropriés pour les éléments suivants. Veuillez vous adresser à votre ergothérapeute si vous avez l'une ou l'autre des préoccupations indiquées 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).

Remarque : Les critères cochés ne seront pas tous traités par un thérapeute de Services de réadaptation en milieu scolaire. Les besoins seront classés par ordre de priorité, selon les préoccupations cernées.

Les critères d'aiguillage ci-après DOIVENT ÊTRE RESPECTÉS pour procéder à l'aiguillage :

- La préoccupation est liée à la capacité de l'élève à accéder ou à participer au programme d'études (consultez la rubrique « Domaines de préoccupation » ci-dessous).
- Les équipes de l'école ont été prises en compte et/ou consultées pour les ressources/soutiens internes concernant les préoccupations liées aux comportements d'automutilation, au risque de fuite, à la destruction de biens, à l'agression et/ou à la santé mentale avant de procéder à cet aiguillage.
- Le fournisseur de soins a consenti à cet aiguillage et accepte de soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par l'ergothérapeute.
- L'aiguillage a été examiné avec le SRMS – Ergothérapie avant la soumission.

Veillez établir un ordre de priorité pour les trois principaux objectifs de cet aiguillage.

1.

2.

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

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Intérêts actuels/participation aux activités parascolaires :

L'élève a-t-il des passe-temps ou des activités parascolaires qu'il aime en particulier (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).

Domaines de préoccupation concernant l'engagement envers le programme d'études fonctionnel et la participation à celui-ci

Veuillez évaluer votre niveau de satisfaction actuel par rapport au rendement actuel de l'élève dans chaque domaine de préoccupation. Si vous avez relevé des préoccupations, cochez les cases appropriées ci-dessous.

Compétences générales en classe

N'est pas une préoccupation

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

Insatisfait

Très satisfait

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborde les tâches de façon désorganisée/impulsive | <input type="checkbox"/> A du mal à se concentrer en présence de distractions |
| <input type="checkbox"/> Est incapable de réaliser des activités à plusieurs étapes (adaptées à son âge) | <input type="checkbox"/> Est incapable de rester assis pour travailler en classe |
| <input type="checkbox"/> Ne persiste pas dans l'exécution d'une tâche difficile | <input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre les consignes verbales ou écrites |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre des consignes écrites | <input type="checkbox"/> Est incapable de gérer ses effets personnels, son matériel d'apprentissage et ses outils |
| <input type="checkbox"/> Est incapable de se déplacer de façon autonome dans l'école | <input type="checkbox"/> Est incapable de s'asseoir confortablement à son pupitre |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à passer d'une tâche à l'autre | <input type="checkbox"/> Ne termine pas son travail en temps voulu |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à suivre les règles et les routines de la salle de classe | <input type="checkbox"/> N'arrive pas à bien organiser son pupitre et son matériel scolaire |
| <input type="checkbox"/> A de la difficulté à entreprendre/terminer un travail de façon autonome | <input type="checkbox"/> Persiste ou demande de l'aide |

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Manier le matériel de manipulation

N'est pas une préoccupation

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

Préférence pour une main non constante

A de la difficulté à assembler des casse-tête

Préhension des ciseaux non fonctionnelles ou découpage peu précis

N'utilise pas des détails appropriés à son âge pour le dessin

Préhension du crayon ou pression sur celui-ci non fonctionnelle (forte/ légère)

A de la difficulté à utiliser correctement un clavier ordinaire

Faible maîtrise du crayon pour le dessin, le traçage, le coloriage

A de la difficulté à manipuler les outils (efface, matériel pour les mathématiques/arts/sciences)

Communication écrite

N'est pas une préoccupation

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

A de la difficulté à former les lettres La taille des lettres est large Lettres illisibles

Ne termine pas le travail écrit en temps voulu Faibles capacités en orthographe OU en lecture/écriture

Refuse de terminer des tâches écrites Écrit des lettres à l'envers

Les lettres moulées sont mal organisées dans l'espace (espacement, utilisation de la ligne de base, taille et positionnement discriminatoires des lettres)

A besoin d'un appareil de transcription

Compétences d'autonomie

N'est pas une préoccupation

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

Préoccupations de sécurité dans la salle de bains/l'équipement pour les soins d'hygiène

A de la difficulté à mettre/enlever les vêtements d'extérieur

Manque d'autonomie pour les soins d'hygiène/la routine dans la salle de bains

A de la difficulté avec les fermetures (fermetures à glissière, boutons, boutons-pression)

A de la difficulté à enlever ou mettre des vêtements durant les soins d'hygiène

A de la difficulté à ouvrir les contenants pour le dîner/les collations

Manque d'autonomie pour se nourrir pendant le dîner/les collations

Faible niveau d'hygiène

Manque d'autonomie pour nettoyer après les repas

#

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Capacités sensorielles (doivent affecter de manière significative la capacité de l'élève à accéder au programme d'études et sont indépendantes du comportement)

N'est pas une préoccupation

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

Insatisfait

Très satisfait

Réagit négativement à : toucher bruit goûter texture des aliments vêtements autre :

A de la difficulté à rester assis; peut s'agiter, se balancer, se retourner pendant les repas ou le travail scolaire

Essaie fréquemment de s'échapper de la classe Très sensible aux bruits, aux lumières et aux mouvements

Engagement envers le programme d'études

L'élève répond-il aux attentes de l'année d'études Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer plus en détail :

Veuillez indiquer l'assistance dont l'élève a besoin pour accomplir sa routine quotidienne.

Aucune assistance Assistance minimale Assistance modérée Assistance maximale

Aucune physique Aucune verbale

Commentaires supplémentaires

Quel est le moment de la journée le plus difficile?

	Heure(s)		Heure(s)		Heure(s)
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} bloc		<input type="checkbox"/> Milieu de la journée		<input type="checkbox"/> Dernier bloc	
<input type="checkbox"/> Récréation à l'extérieur/gymnase		<input type="checkbox"/> Récréation à l'intérieur/gymnase		<input type="checkbox"/> Autre (*Veuillez élaborer)	

Décrivez en détail :

Outils et stratégies universels/équipement spécialisé en place dans les salles de classe

Cochez les cases appropriées pour les outils et les stratégies universels qui ont été mises à l'essai ainsi que les cases indiquant leur résultat.

Veuillez cocher la case appropriée si la stratégie a été mise à l'essai :		Échec	Fonctionne parfois	Fonctionne toujours	Sans objet
AE pour un soutien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauses sensorielles	<input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Heure(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'élève :

Date de naissance :

	<input type="checkbox"/> Salle sensorielle	<input type="checkbox"/> Heure(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre (*Veuillez élaborer)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement sensoriel (bijoux à mâcher, objets à manipuler, bande de résistance autour du bas d'une chaise, couverture lestée, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement pour appuyer la concentration/l'attention (tabouret Hokki, fauteuil à bascule, coussin Disc'o'Sit, pupitre debout, objets à manipuler, alvéole, minuterie)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Support visuel (p. ex., horaire/minuterie/bande de lettres/mots)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à la communication écrite (bagues porte-crayons, tableau incliné, mur de mots personnel, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre espace d'apprentissage			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil de transcription pour la production écrite			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technologie d'assistance (c.-à-d., ordinateur, iPad, interrupteurs, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant (électrique, manuel)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelles/appareils orthopédiques			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement de transfert (c.-à-d., lève-personne portatif ou fixé au plafond, écharpes, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipement de siège ou de positionnement spécialisé (chaise adaptée, cale-pied, verticalisateur, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides de table/pour l'habillage			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessoires et appareils de salle de bains			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système FM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides à la communication orale (c.-à-d., PECS, AAC, Proloquo2go, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'élève :

Date de naissance :

Énumérez le matériel actuellement en place pour aider l'élève.		
---	--	--

Veillez indiquer des commentaires sur les préoccupations de sécurité de l'élève :	
--	--

<input type="checkbox"/> Équipement non sécuritaire/mal adapté	<input type="checkbox"/> A de la difficulté avec les transferts/la mobilité
<input type="checkbox"/> A un comportement d'automutilation	<input type="checkbox"/> A un comportement agressif envers ses pairs et/ou les adultes
<input type="checkbox"/> Fait des choix dangereux/a des impulsions dangereuses	<input type="checkbox"/> Recherche des activités dangereuses
<input type="checkbox"/> Fait preuve d'un comportement explosif	<input type="checkbox"/> Cherche la sortie
<input type="checkbox"/> Détruit des biens	
<input type="checkbox"/> Autre (décrivez en détail)	

Renseignements supplémentaires/commentaires :
--

Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez confier à l'ergothérapeute?

Rempli par (signature)

Date

Nom en lettres moulées

***Veillez joindre la présente annexe au formulaire d'aiguillage principal et soumettre le tout.**

Dernière révision : 26 août 2024