

Liste de vérification de l'enseignant des SRMS – physiothérapie

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE :		
Nom :	Année :	Date de naissance: (jj/mm/aaaa)
Diagnostic connu et/ou tout changement récent de l'état de santé et/ou administration de tests diagnostiques à venir :		
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 curriculum (consultez la section « Domaines de préoccupation » ci-dessous). Le fournisseur de soins a consenti à cet aiguillage vers des services de physiothérapie au Centre de traitement pour enfants de Chatham-Kent.		
Décrivez en détail l'objectif de l'aiguillage (obligatoire). 1) 2) 3)		
DOMAINES DE PRÉOCCUPATION : (Sélectionnez tous les énoncés pertinents et fournissez des renseignements supplémentaires.)		
Y a-t-il un problème de sécurité? (Cochez tous les énoncés pertinents et décrivez la préoccupation.)		
Escaliers	Décrivez :	
Récréation/terrain de jeu	Décrivez :	
Gymnase	Décrivez :	
Salle de classe	Décrivez :	
Autobus	Décrivez :	
Transferts	Décrivez :	
Mobilité	Décrivez :	
Quel est le statut de transfert de l'élève?		
Autonome Dépendant (sélectionnez tous les énoncés pertinents) : Transfert d'une/de deux personnes Lève-personne (portatif/fixé au plafond/écharpes) Planche de transfert		
Quel est le statut de mobilité de l'élève? (Exemples d'aides : orthétique, ambulateur, fauteuil roulant, poussette, etc.)		
Autonome	Décrivez :	
Autonome avec des aides	Décrivez :	
Supervision requise	Décrivez :	
Dépendant avec des aides	Décrivez :	
La capacité de l'élève à accéder au curriculum est-elle affectée dans les domaines suivants? (Cochez tous les énoncés pertinents et décrivez.)		
Démarche		
Trébuche et tombe plus souvent que ses pairs Diminution de l'endurance/difficultés à aller aussi vite que ses pairs		
Force		
A de la difficulté à se lever ou à s'asseoir à son pupitre avec contrôle A de la difficulté à passer de la position debout à la position assise par terre et vice-versa		

Nom:

Date de naissance:

A de la difficulté à maintenir une posture droite à son pupitre ou lorsqu'il est assis par terre
A de la difficulté à ouvrir les portes

MOTRICITÉ GLOBALE

Les difficultés suivantes sont observées au gymnase (cochez tous les énoncés pertinents) :

Difficulté à attraper une balle	Difficulté à lancer une balle
Difficulté à dribbler/faire rebondir un ballon	Difficulté à frapper une balle/un moineau avec une raquette
Incapable de sauter sur un pied	Incapable de garder l'équilibre en se tenant sur un pied
Incapable de sauter à deux pieds	Difficultés à suivre des consignes à plusieurs étapes
Difficulté à suivre des consignes à une seule étape	

IMPACT SUR L'ÉLÈVE

À quelle fréquence l'élève participe-t-il au cours de gymnastique?

Tout le temps La plupart du temps (80-90 %) Parfois (50-80 %) Rarement (moins de 50 %)

***Si « parfois » ou « rarement » est sélectionné, veuillez cocher tous les énoncés pertinents ci-dessous :**

Les difficultés de motricité globale semblent avoir des répercussions sur la participation de l'élève au gymnase (c.-à-d., éviter de participer, participer seulement aux activités préférées, choisir de ne pas suivre les instructions à cause des difficultés).

L'élève semble subir un certain impact émotionnel et/ou comportemental lié aux difficultés de motricité globale (c.-à-d., larmes, colère, frustration).

L'élève pourrait bénéficier de modifications du cours de gymnastique pour augmenter sa participation au cours (c.-à-d., modifications des activités, recommandations d'équipement adapté).

ANTÉCÉDENTS

L'élève a-t-il déjà reçu des SRMS – Physiothérapie?

Oui

Non

Veuillez décrire :

L'élève est-il inscrit à d'autres SRMS (p. ex., SRMS – Ergothérapie, SRMS – Orthophonie)?

Oui

Non

Veuillez décrire :

L'élève a-t-il besoin d'un nouvel équipement ou d'un équipement adapté à l'école?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire :

Veuillez indiquer l'équipement en place pour aider l'élève à l'école (p. ex., aménagement multipositionnel, ambulateur).

Rempli par :

Date :

jj/mm/aaaa)

Courriel :

Numéro de téléphone :

Poste :

Signature :

***Veuillez joindre la présente liste de vérification au formulaire d'aiguillage principal et soumettre le tout.**