

Liste de vérification de l'enseignant des SRMS -Ergothérapie

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 :										
Veuillez prendre note que les services directs ne sont pas appropriés pour les éléments suivants, conformément au champ d'application des SRMS – Ergothérapie :										
- 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); - les problèmes comportementaux et/ou de santé mentale qui constituent le principal obstacle à la participation fonctionnelle.										
Veuillez établir un ordre de priorité pour les trois principaux objectifs de cet aiguillage.										
1. 2. 3.										
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 :										
Équipement spécialisé actuellement en place										
Fauteuil roulant (électrique, manuel) Attelles/appareils orthopédiques Équipement de transfert (c.-à-d., lève-personne portatif ou fixé au plafond, écharpes, etc.) Équipement de siège ou de positionnement spécialisé (chaise adaptée, cale-pied, verticalisateur, etc.) Aides à l'autonomie (alimentation, habillage, soins d'hygiène personnelle) Aides à la communication orale (c.-à-d., PECS, AAC, Proloquo2go, etc.) Autre :										
DOMAINES DE PRÉOCCUPATION CONCERNANT L'ENGAGEMENT ENVERS LE CURRICULUM FONCTIONNEL ET LA PARTICIPATION À CELUI-CI										
Si vous avez relevé des préoccupations, cochez les cases pertinentes ci-dessous.										
Accès à l'environnement scolaire et à l'équipement spécialisé										
Est incapable de se déplacer de façon autonome dans l'école (entrée dans le bâtiment/sortie du bâtiment et/ou espaces précis tels que la salle de classe ou les toilettes) Est incapable d'utiliser l'équipement actuel de la classe (c.-à-d., chaise et/ou pupitre) A besoin d'équipement spécialisé ou d'un soutien pour accéder et participer aux activités quotidiennes à l'école										
Compétences générales en classe / Fonctions exécutives										
<table border="0"> <tr> <td>A du mal à se concentrer en présence de distractions</td> <td>A de la difficulté à suivre les règles et les routines de la salle de classe</td> </tr> <tr> <td>Aborde les tâches de façon désorganisée/impulsive</td> <td>A de la difficulté à suivre les consignes verbales ou écrites</td> </tr> <tr> <td>Est incapable de réaliser des activités à plusieurs étapes (adaptées à son âge)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ne persiste pas dans l'exécution d'une tâche difficile</td> <td></td> </tr> </table>			A du mal à se concentrer en présence de distractions	A de la difficulté à suivre les règles et les routines de la salle de classe	Aborde les tâches de façon désorganisée/impulsive	A de la difficulté à suivre les consignes verbales ou écrites	Est incapable de réaliser des activités à plusieurs étapes (adaptées à son âge)		Ne persiste pas dans l'exécution d'une tâche difficile	
A du mal à se concentrer en présence de distractions	A de la difficulté à suivre les règles et les routines de la salle de classe									
Aborde les tâches de façon désorganisée/impulsive	A de la difficulté à suivre les consignes verbales ou écrites									
Est incapable de réaliser des activités à plusieurs étapes (adaptées à son âge)										
Ne persiste pas dans l'exécution d'une tâche difficile										

A de la difficulté à passer d'une tâche à l'autre A de la difficulté à entreprendre/terminer un travail de façon autonome	Est incapable de gérer ses effets personnels, son matériel d'apprentissage et ses outils Demande souvent de l'aide Ne termine pas son travail en temps voulu N'arrive pas à bien organiser son pupitre et son matériel scolaire
Manier le matériel de manipulation	
Préférence pour une main non constante Préhension des ciseaux non fonctionnelle ou découpage peu précis 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) Préhension du crayon ou pression sur celui-ci non fonctionnelle (forte légère)	A de la difficulté à assembler des casse-tête N'utilise pas des détails appropriés à son âge pour le dessin A de la difficulté à utiliser correctement un clavier ordinaire
Communication écrite	
A de la difficulté à former les lettres Ne termine pas le travail écrit en temps voulu Refuse de terminer des tâches écrites A besoin d'un appareil de transcription Les lettres moulées sont mal organisées dans l'espace (espacement, utilisation de la ligne de base, taille et positionnement discriminatoires des lettres)	Les lettres sont illisibles La taille des lettres est grande Écrit des lettres à l'envers
Compétence d'autonomie	
Préoccupations de sécurité dans la salle de bains/l'équipement pour les soins d'hygiène A de la difficulté à ouvrir les contenants pour le dîner/les collations Manque d'autonomie pour les soins d'hygiène/la routine dans la salle de bains	A de la difficulté à s'habiller/se déshabiller Manque d'autonomie pour nettoyer après les repas A de la difficulté avec les fermetures (fermetures à glissière, boutons, boutons-pression)
Capacités sensorielles (doivent nuire sérieusement à la capacité de l'élève à accéder au curriculum et sont indépendantes du comportement)	
A de la difficulté à rester assis Réagit négativement ou de manière sensible aux éléments suivants : toucher bruit odeur vêtements mouvement éclairage autre : Recherche des sensations ou des types de stimuli précis : toucher bruit odeur vêtements mouvement éclairage autre :	
Engagement envers le curriculum	
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 verbale Assistance physique Commentaires supplémentaires :	

Quel moment de la journée est le plus difficile?1^{er} bloc

Milieu de la journée

Dernier bloc

Récréation à l'extérieur/gymnase

Récréation à l'intérieur/gymnase

Autre (Veuillez élaborer) :

Décrivez en détail :

Veuillez fournir des commentaires sur les préoccupations de sécurité de l'élève :

Équipement non sécuritaire/mal adapté

A un comportement d'automutilation

Fait des choix dangereux/a des impulsions dangereuses

Fait preuve d'un comportement explosif

Détruit des biens

Autre (décrivez en détail) :

A de la difficulté avec les transferts/la mobilité

A un comportement agressif envers ses pairs et/ou les adultes

Recherche des activités dangereuses

Cherche la sortie

OUTILS ET STRATÉGIES UNIVERSELS EN PLACE DANS LES SALLES DE CLASSE

Veuillez cocher la case appropriée si la stratégie a été mise à l'essai :		Échec	Fonctionne parfois	Fonctionne toujours	Sans objet	Outils actuellement en place
AE pour un soutien						
Pauses sensorielles	Heure(s) : Lieu : Espace sensoriel Salle de classe Corridor Autre :					
Équipement sensoriel (bijoux à mâcher, objets à manipuler, bande de résistance autour du bas d'une chaise, couverture lestée, etc.)						
Équipement pour appuyer la concentration/l'attention (tabouret Hokki, fauteuil à bascule, coussin Disc'o'Sit, pupitre debout, objets à manipuler, alvéole, minuterie)						
Support visuel (p. ex., horaire/minuterie/bande de lettres/mots)						
Aide à la communication écrite (bagues porte-crayons, tableau incliné, mur de mots personnel, appareil de transcription pour la production écrite, technologie d'assistance, p. ex., ordinateur, iPad, contacteurs, etc.)						
Autre espace d'apprentissage						
Système FM						
Autre :						

Name:

DOB:

Renseignements/commentaires supplémentaires :**PRIORITÉ DE L'AIGUILLAGE :**

L'ergothérapeute _____ (nom) a examiné et approuvé cet aiguillage et lui a attribué la priorité suivante :

Niveau 2 Niveau 3

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.**