



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Recommandation de l'orthophoniste

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6

519-542-3471 TOLL FREE 1-855-542-3471 FAX 519-542-4115

www.pathwayscentre.org

*** Veuillez joindre tous les rapports de professionnels et les soumettre avec le formulaire d'aiguillage du directeur de l'école**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉLÈVE :	
Nom :	Date de naissance : (jj/mm/aaaa)
École :	
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :	
Date de l'évaluation/du dépistage :	
Audition	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Antécédents d'otites <input type="checkbox"/> Test auditif récent – Date : <input type="checkbox"/> Test du processus auditif central – Date :
Développement du langage	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Retard/Trouble <input type="checkbox"/> Non évalué L'élève reçoit-il un traitement pour des problèmes de langage de la part de l'orthophoniste du conseil scolaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez décrire :
Veuillez indiquer tous les diagnostics, pathologies, comportements et autres facteurs connus susceptibles d'avoir un impact sur la rééducation orthophonique :	
RAISON DE L'AIGUILLAGE : (Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent et fournir des renseignements supplémentaires)	
<input type="checkbox"/> Préoccupations en matière de voix *L'aiguillage à un ORL doit être initiée par l'orthophoniste en charge	
L'aiguillage a un oto-rhino-laryngologiste ou une clinique de la voix a été effectué* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rapport envoyé à (nom du médecin) :	
Qualité de la voix : <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Difficultés	
Ton/Intonation : <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Difficultés	
Volume : <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Difficultés	
Antécédents de surmenage vocal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chirurgie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nodules vocaux confirmés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Préoccupations en matière de résonance	
Participe ou a été aiguillé(e) à une clinique de traitement des fentes labiales/palatines/de dysfonction vélopharyngée (DVP). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Hypernasale <input type="checkbox"/> Hyponasale <input type="checkbox"/> Mixte	
<input type="checkbox"/> Fuite d'air nasale <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Spécifique à un phonème/son	
Commentaires supplémentaires :	
<input type="checkbox"/> Préoccupations en matière de fluidité verbale	
Niveau : <input type="checkbox"/> Légères (3-4 % SS) <input type="checkbox"/> Modérées (5-8% SS) <input type="checkbox"/> Graves (9-12 % SS) <input type="checkbox"/> Très graves (>13 % SS)	
Dysfluences observées/signalées : <input type="checkbox"/> Répétition <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Blocage <input type="checkbox"/> Interjection	
Comportements secondaires observés : <input type="checkbox"/> Tension des yeux <input type="checkbox"/> Grimace faciale <input type="checkbox"/> Pression des lèvres	
<input type="checkbox"/> Évasement des narines <input type="checkbox"/> Réflexe massétéрин <input type="checkbox"/> Mouvement excessif de la tête/du corps <input type="checkbox"/> Respiration bruyante ou dysrythmique	
Commentaires supplémentaires :	
<input type="checkbox"/> Préoccupations en matière d'articulation et de phonologie	
Type d'évaluation effectuée (seule une est requise) : <input type="checkbox"/> Test standardisé <input type="checkbox"/> Dépisteur <input type="checkbox"/> Échantillon de langage informel	



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Recommandation de l'orthophoniste

Nom:

Date de naissance:

Page 2 of 3

Si les résultats du test standardisé ont été complétés : Déficience légère (7^e-16^e percentile) (Non admissible)
 Déficience modérée (2^e-6^e percentile)
 Déficience grave (<2^e percentile)

Impression clinique :

Veillez cocher tous ceux qui s'appliquent :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sigmatisme interdental | <input type="checkbox"/> Sigmatisme latéral | <input type="checkbox"/> Occlusion (<i>stopping</i>) |
| <input type="checkbox"/> Réduction syllabique | <input type="checkbox"/> Déaffrication | <input type="checkbox"/> Assimilation |
| <input type="checkbox"/> Effacement de la consonne initiale | <input type="checkbox"/> Effacement de la consonne finale | <input type="checkbox"/> Omissions <input type="checkbox"/> Distorsions |
| <input type="checkbox"/> Glissements | | |

Veillez fournir des exemples (substitutions ou distorsions spécifiques au son) :

Préoccupations en matière de contrôle moteur de la parole

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Répertoire limité de voyelles | <input type="checkbox"/> Forme limitée de syllabes/mots |
| <input type="checkbox"/> Difficultés avec les mouvements de la mâchoire, des lèvres et de la langue | <input type="checkbox"/> Parole imprécise |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'alimentation (difficultés de mastication et de déglutition) | <input type="checkbox"/> Difficultés à enchaîner les sons |

Veillez fournir des exemples :

Alimentation

* Les équipes scolaires qui ont besoin d'aide pour mettre en place des stratégies d'alimentation pour leurs élèves peuvent contacter le Pathways Health Centre pour vérifier leur admissibilité aux services de l'équipe chargée de l'alimentation des enfants à : <http://www.pathwayscentre.org/program-service/feeding> *

Communication non verbale

Communication améliorée et alternative

**Les équipes scolaires qui ont besoin d'aide pour mettre en place des stratégies de communication traditionnelles ou de haute technologie pour les élèves qui ont besoin d'un soutien en matière de communication fonctionnelle peuvent contacter le Pathways Health Centre for Children's Augmentative Communication Service (ACS) Program (Programme de communication augmentative) à : <http://www.pathwayscentre.org/program-service/augmentative-communication-services> *

ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE SERVICES

L'élève a-t-il(elle) déjà bénéficié des services d'un(e) orthophoniste dans le cadre des Services de réadaptation en milieu scolaire (SRMS) ? Oui Non

Si Oui, veuillez répondre aux trois questions suivantes :

Année(s) des services :

L'école a-t-elle utilisé les stratégies développées par le(la) thérapeute et sont-elles encore efficaces ?

Oui Non

Avez-vous pris contact avec les parents et les enseignants précédents pour revoir les interventions

Oui Non

Qu'est-ce qui a changé ? Veuillez le décrire en détail.

ORTHOPHONISTE RÉFÉRENT(E)

Demande remplie par :

Date :



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Recommandation de l'orthophoniste

Nom:

Date de naissance:

Page 3 of 3

Courriel :	Téléphone :	Poste :
Signature :		

NOTA : Sur la base des préoccupations identifiées, les besoins seront classés par ordre de priorité et des objectifs seront établis.