



SCHOOL BASED REHABILITATION SERVICES

Speech-Language Pathology Referral Form

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6
519-542-3471 TOLL FREE 1-855-542-3471 FAX 519-542-4115
www.pathwayscentre.org

***Veuillez soumettre tous les rapports de professionnels, le cas échéant, avec le formulaire d'aiguillage du directeur de l'école**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ÉLÈVE :	
Nom :	Date de naissance : (jj/mm/aaaa)
Pour procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS :	
<input type="checkbox"/> La préoccupation est liée à : une dysarthrie modérée à grave, un trouble de la fluidité verbale/bégaiement, un trouble moteur de la parole, une dysphonie et/ou un trouble de la résonance. <u>L'équipe d'orthophonie du conseil scolaire</u> apporte son soutien aux préoccupations liées au langage réceptif/expressif, à la dysarthrie légère, au traitement auditif et à l'alphabétisation.	
<input type="checkbox"/> L'aidant(e) a consenti à cet aiguillage et accepte de soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par l'orthophoniste. Si l'aiguillage concerne un(e) élève de 6e année ou de niveau supérieur : La source d'aiguillage atteste qu'elle a parlé à l'élève qui fait l'objet de l'aiguillage et que celui-ci(celle-ci) est d'accord à être aiguillé(e) vers les SRMS.	
<input type="checkbox"/> La demande d'aiguillage a été examinée par un(e) orthophoniste et signée ci-dessous avant d'être soumise.	
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :	
Nom de la personne remplissant la demande :	
Poste de la personne ayant rempli la demande : <input type="checkbox"/> Enseignant(e)/Orthopédagogue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Assistant(e) au développement de l'enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
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) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, année de fin des services reçus :	
Veuillez indiquer tous les diagnostics, pathologies, comportements et/ou autres facteurs connus susceptibles d'avoir un impact sur la rééducation orthophonique :	
Aide au langage	Intervention de l'équipe d'orthophonie du Conseil scolaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, difficultés avec le : <input type="checkbox"/> Langage expressif <input type="checkbox"/> Langage réceptif <input type="checkbox"/> Autre : Date de l'évaluation/du dépistage orthophonique le plus récent du Conseil scolaire (le cas échéant) :
Audition	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Test/Dépistage auditif récent – Date : <input type="checkbox"/> Antécédents d'otites <input type="checkbox"/> Test du processus auditif central – Date :



Student Name: _____

D.O.B: _____

Préparation à la thérapie	<p>Veillez déterminer si l'élève est prêt(e) à bénéficier d'une intervention des SRMS maintenant, ou s'il serait préférable de l'aiguiller plus tard si/quand il/elle aura acquis les compétences nécessaires pour être prêt(e).</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève est capable de suivre et d'imiter les actions d'une autre personne.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève est prêt(e) à essayer de parler et à accepter un retour d'information.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève possède un vocabulaire expressif suffisant pour permettre une intervention orthophonique (c'est-à-dire au moins 50 mots ou approximations de mots).</p> <p>Veillez noter que si votre principale préoccupation est liée aux besoins fondamentaux en matière de communication et/ou de langage, vous devez vous adresser à <u>l'équipe d'orthophonie de votre Conseil scolaire</u> pour qu'elle étudie la question.</p>
Alimentation	<p>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</p>
Communication non verbale	<p>Communication améliorée et alternative</p> <p>*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 améliorée) à : http://www.pathwayscentre.org/program-service/augmentative-communication-services*</p>
RAISON DE L'AIGUILLAGE	
SEULE la section A <u>OU</u> B doit être remplie. Ce formulaire doit être signé par un(e) orthophoniste sous la section C.	
<p>Section A - Peut être remplie par l'équipe de l'école (c.-à-d. enseignant(e)/orthopédagogue/assistant(e) au développement de l'enfant/autre) pour les élèves de 1^{re} année et de niveau supérieur, avec l'approbation du Conseil scolaire ou de l'orthophoniste des SRMS sous la section C ci-dessous.</p> <p>Seulement l'orthophoniste au conseil scolaire peut compléter la section A pour les élèves en maternelle ou jardin.</p>	
<input type="checkbox"/> Bégaiement/Dysarthrie	
<p>Bégaiement ou dysarthrie noté(e) par : <input type="checkbox"/> Enseignant(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Élève</p> <p><input type="checkbox"/> Orthophoniste du Conseil scolaire</p> <p>Bégaiement/dysarthries observés :</p> <p><input type="checkbox"/> Répétition (p. ex., Avons-nous mis la ta-ta-table ?)</p> <p><input type="checkbox"/> Prolongation (p. ex., Je peux ffffaire des biscuits)</p> <p><input type="checkbox"/> Pauses (p. ex., Nous avons un-----chien)</p> <p>L'élève présente un bégaiement :</p> <p><input type="checkbox"/> Dans chaque conversation <input type="checkbox"/> Dans certaines conversations</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement (p. ex., lorsqu'il/elle est excité(e))</p>	



Student Name: _____

D.O.B: _____

Le bégaiement s'accompagne-t-il de comportements physiques (clignement des yeux, mouvements de la tête, etc.) ? Oui Non *Si Oui, veuillez décrire:*

 Préoccupations liées à l'articulation et la phonologie

Je peux comprendre l'élève : TOUT le temps PARFOIS Rarement
Veuillez décrire les difficultés que vous remarquez et, si possible, fournir trois exemples. *Si vous avez du mal à identifier le domaine de difficulté ou l'erreur d'élocution spécifique, veuillez consulter l'orthophoniste de votre Conseil scolaire.*

- 1.
- 2.
- 3.

Commentaires supplémentaires: _____

Section B – À être remplie UNIQUEMENT par un(e) orthophonique du Conseil scolaire pour les élèves de la **prématornelle et de niveau supérieur.**

 Préoccupations liées à l'articulation et à la phonologie

Type d'évaluation effectuée (seule une est requise) : Test standardisé Dépisteur
 Exemple informel de la parole

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 :

Je peux comprendre l'élève : TOUT le temps PARFOIS Rarement

Veuillez 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"/> Omissions |
| <input type="checkbox"/> Distorsions | <input type="checkbox"/> Glissements | <input type="checkbox"/> Effacement de la consonne initiale |
| <input type="checkbox"/> Effacement de la consonne finale | | |

Commentaires supplémentaires : _____

 Préoccupations liées à la voix *L'aiguillage vers un ORL doit être initié par l'orthophoniste référent(e)

L'élève a été aiguillé(e) vers un(e) oto-rhino-laryngologiste ou une clinique de la voix* :

- Oui Non

Rapport envoyé à (nom du médecin) :

Préoccupations liées à la voix :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voix rauque | <input type="checkbox"/> Voix tendue | <input type="checkbox"/> Voix soufflée | <input type="checkbox"/> Tonalité anormale |
| <input type="checkbox"/> Tremblement vocal | <input type="checkbox"/> Intonation anormale | <input type="checkbox"/> Timbre de voix inapproprié | |
| <input type="checkbox"/> Extinction régulière de la voix | <input type="checkbox"/> Douleur à la gorge en parlant | <input type="checkbox"/> Pauses phonatoires | |

Antécédents de : Surmenage vocal Nodules sur les cordes vocales Chirurgie

Commentaires supplémentaires : _____



Student Name: _____

D.O.B: _____

 RésonanceParticipe ou a été aiguillé(e) vers une clinique de traitement des fentes labiales /palatines /de
dysfonction vélopharyngée (DVP) : Oui NonPréoccupations : Hypernasale Hyponasale Mixte Fuite d'air nasale
 Généralisée Spécifique à un phonème/son

Autres commentaires :

 Contrôle moteur de la parole

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

Commentaires supplémentaires :

**Section C – FORMULAIRE REMPLI UNIQUEMENT par l'orthophoniste du Conseil scolaire ou des SRMS :
(Obligatoire)**

Examiné par (en lettres moulées SVP): _____

Date: _____

Adresse courriel: _____

Téléphone: _____

Poste: _____

Initiales/Signature: _____

 trouble très
grave
Grave
Modéré
Léger**Renseignements/commentaires supplémentaires :**

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