



SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE

Formulaire de référence en orthophonie

1240 Murphy Road Sarnia, ON N7S 2Y6
519-542-3471 SANS FRAIS 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: <i>(jj/mm/aaaa)</i>
Pour procéder à l'aiguillage, les critères suivants DOIVENT ÊTRE REMPLIS: ☐ La préoccupation est liée à: une dysarthrie modérée à grave, un trouble de la fluidité verbale/bégalement, 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. ☐ 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. ☐ 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: ☐ Enseignant(e)/Orthopédagogue ☐ Orthophoniste ☐ Assistant(e) au développement de l'enfant ☐ 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)? ☐ Oui ☐ 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: ☐ Oui ☐ Non Si oui, difficultés avec le: ☐ Langage expressif ☐ Langage réceptif ☐ Autre: Date de l'évaluation/du dépistage orthophonique le plus récent du Conseil scolaire (le cas échéant):
Audition	☐ Dans les limites de la normale ☐ Test/Dépistage auditif récent – Date: ☐ Antécédents d'otites ☐ Test du processus auditif central – Date:



Nom:

Date de naissance:

Préparation à la thérapie	Veuillez 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). ☐ L'élève est capable de suivre et d'imiter les actions d'une autre personne. ☐ L'élève est prêt(e) à essayer de parler et à accepter un retour d'information. ☐ L'élève possède un vocabulaire expressif suffisant pour permettre une intervention orthophonique (c'est-à-dire au moins 50 mots ou approximations de mots). Veuillez 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.
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 améliorée) à : http://www.pathwayscentre.org/program-service/augmentative-communication-services*
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.	
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. Seulement l'orthophoniste au conseil scolaire peut compléter la section A pour les élèves en maternelle ou jardin.	
☐ Bégaïement/Dysarthrie	
Bégaïement ou dysarthrie noté(e) par: ☐ Enseignant(e) ☐ Parent ☐ Élève ☐ Orthophoniste du Conseil scolaire Bégaïement/dysarthries observés: ☐ Répétition (p. ex., Avons-nous mis la ta-ta-table?) ☐ Prolongation (p. ex., Je peux ffffaire des biscuits) ☐ Pauses (p. ex., Nous avons un ----chien) L'élève présente un bégaïement: ☐ Dans chaque conversation ☐ Dans certaines conversations ☐ Rarement (p. ex., lorsqu'il/elle est excité(e))	



Nom:

Date de naissance:

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:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Sigmatisme interdental | ☐ Sigmatisme latéral | ☐ Occlusion (stopping) |
| ☐ Réduction syllabique | ☐ Déaffrication | ☐ Assimilation ☐ Omissions |
| ☐ Distorsions | ☐ Glissements | ☐ Effacement de la consonne initiale |
| ☐ 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:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Voix rauque | ☐ Voix tendue | ☐ Voix soufflée | ☐ Tonalité anormale |
| ☐ Tremblement vocal | ☐ Intonation anormale | ☐ Timbre de voix inapproprié | |
| ☐ Extinction régulière de la voix | ☐ Douleur à la gorge en parlant | ☐ Pauses phonatoires | |

Antécédents de: ☐ Surmenage vocal ☐ Nodules sur les cordes vocales ☐ Chirurgie

Commentaires supplémentaires :



Nom:

Date de naissance:

☐ **Résonance**

Participe ou a été aiguillé(e) vers une clinique de traitement des fentes labiales /palatines /de dysfonction vélopharyngée (DVP): ☐ Oui ☐ Non

Préoccupations: ☐ 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.