

Programme de services de santé pour enfants en milieu scolaire Guide à l'usage des enseignants pour les demandes de renvoi vers des services d'ergothérapie et de physiothérapie –

Demande d'évaluation de l'admissibilité

Remplissez la Demande de renvoi – Programme de services de santé pour enfants en milieu scolaire et la Feuille de vérification de l'enseignant, de trois pages, qui l'accompagne. Utilisez un stylo à encre noire (sinon, il sera difficile de lire la télécopie). Indiquez s'il s'agit d'une nouvelle demande ou d'un cas redirigé.

S'il s'agit d'une nouvelle demande : Obtenez le consentement du parent. Remplissez la Demande de renvoi – Programme de services de santé pour enfants en milieu scolaire et faites-la signer par la direction/personne désignée. Remplissez les trois pages de la Feuille de vérification de l'enseignant. Envoyez les deux documents par télécopieur au Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) d'Érié St-Clair au numéro indiqué sur la Demande.

S'il s'agit d'un cas redirigé : Obtenez le consentement du parent. Appelez le coordonnateur de soins du RLISS d'Érié St-Clair pour discuter de la raison pour laquelle le cas est redirigé. Veuillez prendre en compte ce qui suit :

- Y a-t-il eu un changement dans l'état de santé de l'élève (diagnostic, médicaments, crises convulsives, etc.) qui a un effet sur sa participation physique aux activités scolaires courantes?
- Du matériel est-il nécessaire?
- Les problèmes de comportement ou d'attention se sont-ils améliorés ou sont-ils résolus?
- Y a-t-il eu un changement de situation (transfert de l'élève, p. ex.)?
- S'il n'y a pas eu de changement, qu'est-ce qui a amené le cas à être redirigé?
- Avez-vous passé en revue les rapports de thérapie antérieurs, et les recommandations faites antérieurement ont-elles été mises en œuvre?
- Les habiletés motrices de base étaient-elles présentes au moment de la sortie de la thérapie (voir le rapport de sortie de la thérapie)? Dans l'affirmative, un nouveau problème de motricité est-il survenu ou des habiletés motrices se sont-elles détériorées?
- Le rapport de sortie de la thérapie indiquait-il que le cas devrait peut-être être redirigé si les exigences quant au rendement scolaire augmentaient?
- L'écart entre le rendement scolaire et le rendement moteur est-il important?

S'il est déterminé qu'il est approprié de rediriger le cas, remplissez la demande de renvoi et la feuille de vérification.

La présente page du document doit être utilisée à titre d'outil seulement et ne doit pas être versée au dossier de santé.

Bureau de Chatham
Tél. : 519 436-2222
Télec. : 519 351-5842

Bureau de Sarnia
Tél. : 519 337-1000
Télec. : 519 337-4331

Bureau de Windsor
Tél. : 519 258-8211
Télec. : 519 258-6288

Programme de services de santé pour enfants en milieu scolaire Feuille de vérification de l'enseignant – École privée / école à domicile

Nom [Subject] DDN (jj/mm/aa) [Comments]

À utiliser pour les demandes de renvoi vers des services d'ergothérapie et de physiothérapie. Veuillez remplir la présente électroniquement, ou cocher à l'aide d'un **stylo à encre noire** les **aspects préoccupants** où l'élève a de la difficulté à répondre aux attentes concernant le curriculum.

Habiletés motrices générales

- Monter dans l'autobus et en descendre de façon sécuritaire et autonome
- Trébucher ou tomber plus qu'attendu en marchant ou en montant les escaliers
- Participer de façon sécuritaire aux évacuations d'urgence
- Participer de façon sécuritaire aux activités de gymnastique, à la récréation, sur le terrain de jeu et aux sorties scolaires
- Faire les distances requises et avec le niveau d'énergie attendu
- Ouvrir les portes de façon autonome (tourner la poignée, pousser la porte pour l'ouvrir, p. ex.)
- Alignement inhabituel du corps, des membres et des articulations
- Mauvaise posture assise au pupitre
- Plaintes concernant des douleurs après ou pendant une activité

Soins personnels

- Utiliser les toilettes/l'équipement requis pour la sécurité
- S'occuper de ses vêtements durant l'utilisation des toilettes
- Difficulté avec les vêtements d'extérieur
- Se débrouiller par soi-même avec les attaches (fermetures éclair, boutons, boutons-pression)
- Collations et repas (ouvrir des contenants, s'alimenter, p. ex.)

Manipulation du matériel de classe

- Préférence constante pour une main
- Tenir un crayon
- Appuyer de la bonne façon sur le crayon (précisez : trop fort pas assez fort)
- Tenir des ciseaux
- Dessiner de façon détaillée
- Tracer, colorier, trouver son chemin (jeux de labyrinthe)
- Découper avec précision
- Tremblement des mains
- Difficulté liée à la force dans les mains (force de préhension, ouverture de contenants, p. ex.)

Nom [Subject] DDN (jj/mm/aa) [Comments]

- Manipuler du matériel de classe faisant appel à la motricité fine (matériel d'artisanat et de sciences, matériel de manipulation en mathématiques, etc.)
- Manipuler d'autre matériel (taille-crayon, papier, classeur, trousse à crayons, gomme à effacer, etc.)

Communication écrite

- Grosseur et position des lettres et des chiffres
- Écrire sur la ligne
- Laisser un espace entre les lettres et les mots
- Utilisation d'un clavier/ordinateur

Remarque : Si vous signalez des problèmes liés aux tâches papier-crayon, veuillez joindre un échantillon typique récent du travail de l'élève, en indiquant clairement le nom de l'élève et la date à laquelle le travail a été réalisé.

1. **Veillez indiquer les trois tâches principales que vous souhaitez faire évaluer par le thérapeute.**

- _____
- _____
- _____

2. **Quelles modifications ou stratégies liées aux tâches ont-elles déjà été utilisées par l'enseignant ou le personnel de l'école pour aider l'élève à réaliser les tâches problématiques signalées? Veuillez indiquer celles qui ont donné des résultats.**

3. **Veillez formuler des commentaires sur le rendement général de l'élève en classe dans les domaines suivants :**

Scolaire

Comportemental/social

Attention :

Nom [Subject] DDN (jj/mm/aa) [Comments]

Forces/intérêts

4. Interventions ou soutiens scolaires actuels

- PEI CIPR Enseignant ressource Autre
 Soutien d'un aide-enseignant (si oui, indiquez combien de temps)
 Soutien d'un travailleur des services de développement (si oui, indiquez combien de temps):
 Autre

5. Indiquez les autres interventions ou examens qui ont eu lieu ou sont prévus (scolaires, psychométriques) et joignez à la présente tout rapport actuel à l'appui de la demande d'évaluation.

6. Y a-t-il un diagnostic et des problèmes de santé établis (vision, ouïe, etc.) qui pourraient influencer sur la thérapie?

7. Veuillez indiquer tout le matériel actuellement en place pour aider l'élève.

Signature de l'enseignant

Nom en caractères d'imprimerie

Nom de l'école

Date (jj/mm/aa)