

## Formulaire d'aiguillage vers les Services de réadaptation en milieu scolaire

Télécopieur: 1-866-869-0071

Téléphone: 613-737-7600, poste 1794

Veillez noter que les ressources et le soutien offerts par les écoles et les conseils scolaires à l'élève doivent être consultés avant de faire un aiguillage vers des Services de réadaptation en milieu scolaire. Pour de plus amples renseignements sur le Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire, veuillez visiter [le site](#).

Renseignements sur l'élève		
Nom de famille:	Prénom:	
Adresse:		
Ville:	Code postal:	Date de naissance:
Numéro de la carte Santé:	Code de version:	Date d'expiration:
Diagnostics connus:		

Coordonnées du parent ou du tuteur (1)			
Nom du parent ou tuteur :		Relation:	
Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à l'élève <input type="checkbox"/> Autre :			
<small>Cocher les préférences</small>	<input type="checkbox"/> N° de la Maison:	<input type="checkbox"/> N° de Cellulaire:	<input type="checkbox"/> N° du Travail:
Langue(s) : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		Interprète requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel:			
<i>En fournissant le courriel du parent ou du tuteur, il est conscient qu'il autorise CHEO à communiquer avec lui par courriel au sujet du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Le courriel ne sera pas utilisé pour les communications urgentes ou de nature délicate.</i>			

Coordonnées du parent ou du tuteur (2)			
Nom du parent ou tuteur :		Relation:	
Adresse : <input type="checkbox"/> Identique à l'autre parent/tuteur <input type="checkbox"/> Autre :			
<small>Cocher les préférences</small>	<input type="checkbox"/> N° de la Maison:	<input type="checkbox"/> N° de Cellulaire:	<input type="checkbox"/> N° du Travail:
Langue(s) : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :		Interprète requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Courriel:			
<i>En fournissant le courriel du parent ou du tuteur, il est conscient qu'il autorise CHEO à communiquer avec lui par courriel au sujet du programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Le courriel ne sera pas utilisé pour les communications urgentes ou de nature délicate.</i>			

Renseignements de l'école	
Nom de l'école:	Conseil scolaire:
Niveau d'études de l'élève:	
N° de téléphone de l'école:	N° de télécopieur de l'école:
Placement en classe : <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> Éducation spéciale <input type="checkbox"/> Compétences en matière de vie quotidienne <input type="checkbox"/> Autre :	
L'école doit participer activement au soutien de l'élève pendant qu'il participe au Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire. Veuillez indiquer leur nom <b>et cocher la personne ou la personne-ressource principale de l'école qui sera la plus responsable</b> , pour le thérapeute.	

Nom d'étudiant :  
Date de naissance :

<input type="checkbox"/> Nom de l'enseignant:	<input type="checkbox"/> Enseignant-ressource ou enseignant de soutien:
<input type="checkbox"/> Directeur:	<input type="checkbox"/> Autre:

### Consentement et attestations

Si l'aiguillage est pour un élève de 7<sup>e</sup> année ou plus : La source d'aiguillage atteste qu'elle a parlé à l'élève qui est référé, et l'élève est d'accord avec l'aiguillage vers les Services de réadaptation en milieu scolaire et sera réceptif aux recommandations.

Moi, la source de l'aiguillage, j'ai obtenu le consentement du parent ou du tuteur légal pour compléter ce formulaire d'aiguillage pour le Programme de Services de réadaptation en milieu scolaire de CHEO. J'ai expliqué au parent ou au tuteur légal que les renseignements recueillis, utilisés et divulgués serviront à organiser les services nécessaires dans le cadre du traitement de l'élève à l'école, et que ce consentement peut être retiré à tout moment.

Date :

Nom et signature de la source de l'aiguillage:

### Services d'ergothérapie et/ou de physiothérapie

Remplissez cette section seulement si vous aiguillez l'élève vers le service d'ergothérapie et/ou de physiothérapie.

<b>Raison de l'aiguillage</b>	
Qui a recommandé ou lancé cet aiguillage? <i>S'il a été fait par un fournisseur de soins de santé, veuillez inclure son rapport.</i>	<input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre:
Quels sont les objectifs de l'élève?	1.
	2.
	3.

### Sécurité et participation

Y a-t-il un problème de sécurité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : Fréquence des problèmes de sécurité : <input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel Veuillez décrire :
---	--

La raison de l'aiguillage influe-t-elle sur la capacité physique de l'élève d'accéder en toute sécurité au programme d'études ou de fréquenter l'école?

#### Oui

- Peut assister à la journée entière avec soutiens
- Jour/calendrier modifié
- Ne peut pas accéder en toute sécurité au programme d'études

#### Non

- Peut assister à la journée entière, sans soutien

### Histoire et soutien

L'élève a-t-il un plan d'éducation individualisé (PEI)?

- Oui
- Non
- Inconnu

Dans l'affirmative, veuillez préciser les domaines de modification du programme, des locaux ou de l'équipement :

Nom d'étudiant :  
Date de naissance :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	L'élève a-t-il un titre de Comité d'identification, de placement et de révision (CIPR)? Dans l'affirmative, veuillez fournir de plus amples renseignements ou joindre des rapports pour lesquels vous avez le consentement de partage.
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	L'élève a-t-il un diagnostic, un problème de développement cognitif ou un trouble d'apprentissage? Dans l'affirmative, veuillez préciser les domaines de modification du programme, des locaux ou de l'équipement :
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	L'élève a-t-il déjà bénéficié des Services de réadaptation en milieu scolaire? Dans l'affirmative, veuillez décrire ces services :  Si l'élève a déjà eu des sessions d'ergothérapie ou de physiothérapie, qu'est-ce qui a changé depuis le dernier aiguillage?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	L'école a-t-elle utilisé des stratégies pour répondre aux préoccupations? Dans l'affirmative, veuillez décrire ces stratégies et indiquer si les stratégies fonctionnent ou non.
Avez-vous communiqué avec les parents ou les enseignants précédents pour revoir les interventions? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Y a-t-il des stratégies identifiées dans le DSO ou avec l'enseignant-ressource? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quelles ressources ont été mises à la disposition de l'élève? <input type="checkbox"/> aucune	
Le Conseil scolaire : <input type="checkbox"/> Soutien d'une aide-enseignante <input type="checkbox"/> Équipe d'aide à l'autisme <input type="checkbox"/> Équipe d'aide au comportement <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Soutien aux sourds et aux malentendants <input type="checkbox"/> Soutien aux aveugles et à faible vision <input type="checkbox"/> Autre :	
Communauté : <input type="checkbox"/> Programme de développement et de réadaptation de CHEO <input type="checkbox"/> Soutien en santé mentale <input type="checkbox"/> Autre :	

## Mobilité

Les Services de réadaptation en milieu scolaire offrent des services aux élèves ayant des problèmes physiques modérés à sévères liés à la motricité. Y a-t-il des préoccupations en matière de mobilité que les Services de réadaptation en milieu scolaire peuvent appuyer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez indiquer le statut de mobilité de l'élève: <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Supervision requise <input type="checkbox"/> indépendant avec aide <input type="checkbox"/> Dépendant avec aide	
Inquiétudes liées à la mobilité: <input type="checkbox"/> Escaliers <input type="checkbox"/> Équipement <input type="checkbox"/> Mobilité générale <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Accessibilité à <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Transferts l'environnement scolaire	
Veuillez fournir une description ou des exemples :	

Nom d'étudiant :  
Date de naissance :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Dans l'affirmative, veuillez fournir de plus amples renseignements ou joindre des rapports pour lesquels vous avez le consentement de partage.
Quels équipements, stratégies, renseignements ou recommandations ont été mis en œuvre ou mis à l'essai pour faciliter la mobilité et l'accessibilité à l'école?	

### Motricité fine

Les Services de réadaptation en milieu scolaire n'enseignent pas l'écriture cursive ou en caractères d'imprimerie, le coloriage, la reconnaissance des chiffres ou des lettres, l'utilisation de ciseaux ou du clavier. Y a-t-il des préoccupations relatives aux compétences motrices fines que les Services de réadaptation en milieu scolaire peuvent appuyer?  Dans l'affirmative, veuillez fournir une description ou un exemple de problème lié aux compétences motrices fines:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veuillez indiquer le soutien et/ou les adaptations qui ont été mis à l'essai: <input type="checkbox"/> Programme d'écriture cursive ou en caractères d'imprimerie <input type="checkbox"/> Appui technologique et/ou logiciels <input type="checkbox"/> Des supports de positionnements (c.-à-d., des panneaux inclinés) <input type="checkbox"/> Soutien individuel <input type="checkbox"/> Poignées de crayon alternatives ou feuilles lignées <input type="checkbox"/> Autre: <input type="checkbox"/> Crayons ou ciseaux adaptés	
Veuillez fournir une description ou des exemples :	
Est-ce que cet aiguillage vise à appuyer le financement de la Somme liée à l'équipement personnalisé (SEP) pour la technologie d'aide à l'écriture?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il un rapport de psychologue qui recommande la technologie d'aide à l'écriture?  Dans l'affirmative, les Services de réadaptation en milieu scolaire en ergothérapie ne sont pas requis car l'école peut utiliser ce rapport pour remplir la demande SEP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'élève est-il plus fonctionnel avec la technologie qu'avec l'écriture cursive ou en caractères d'imprimerie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il des préoccupations en matière de soins personnels (p. ex. difficultés physiques liées à aller aux toilettes, à s'alimenter, à s'habiller)?  Dans l'affirmative, veuillez fournir une description, un exemple, ainsi que tout équipement ou matériel actuellement en place:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Traitement sensoriel

Les Services de réadaptation en milieu scolaire ne traitent pas les défis comportementaux, la concentration, l'attention et/ou l'hyperactivité. Y a-t-il des préoccupations sensorielles que les Services de réadaptation en milieu scolaire peuvent appuyer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que cet aiguillage vise à appuyer le financement la SEP pour l'équipement sensoriel?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Nom d'étudiant :  
Date de naissance :

Quelles sont les ressources sensorielles de votre école?

- Salle sensorielle
- Matériel sensoriel de base
- Autre (veuillez décrire):

Quelles stratégies sensorielles ont été essayées?

- Adaptation environnementale
- Pausés corporelles
- Équipement (p. ex. coquilles insonorisantes)
- Autre (veuillez décrire):

**Veuillez faire parvenir le formulaire d'aiguillage dûment rempli et tous les rapports pertinents par télécopieur au 1-866-869-0071. Si vous ne disposez pas d'un télécopieur, veuillez nous contacter au 613-737-7600 poste 1794.**