



Formulaire d'orientation vers les Services professionnels de santé en milieu scolaire
Télec. : 1-866-869-0071

IMPORTANT:

- La direction de l'école ou son remplaçant désigné doit confirmer que les ressources scolaires et les niveaux de soutien disponibles ont été utilisés avant de procéder à l'orientation.
- L'école est tenue de contribuer activement à promouvoir le programme thérapeutique.
- L'élève doit avoir un **numéro de carte Santé de l'Ontario valide** pour bénéficier des services de CHEO.
- Si cette demande d'orientation fait suite à la recommandation d'un autre professionnel (psychologue ou otorhinolaryngologiste, p. ex.), le rapport de ce professionnel **DOIT ÊTRE JOINT** à ce dossier d'orientation.
- **Les demandes d'orientation incomplètes ne seront pas traitées; elles seront retournées à l'expéditeur.**
- Veuillez conserver une copie de la demande d'orientation pour vos dossiers.

Renseignements concernant l'élève (en caractères d'imprimerie) : (jj-mm-aaaa)

Nom de l'élève :	D.D.N.	<input type="checkbox"/> garçon	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/>
Adresse de l'élève (inclure ville) :		Code postal :		
Numéro de carte Santé (si possible) :	Code de version :	Date d'expiration :		
Diagnostic connu :				

Renseignements parent(s)/tuteur(s) :

Prénom :	Tél. (D) :
Nom de famille :	Tél. (T) :
Lien de parenté :	Tél. (C) :
Adresse :	
Prénom :	Tél. (D) :
Nom de famille :	Tél. (T) :
Lien de parenté :	Tél. (C) :
Adresse :	
Remarques :	

****OBLIGATOIRE*** Les renseignements contenus dans le formulaire d'orientation ont été communiqués au(x) parent(s), et la personne à l'origine de l'orientation a reçu le consentement du ou des parents à la communication de ces renseignements à CHEO et aux Services professionnels de santé en milieu scolaire du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS).

Renseignements concernant l'école (si possible) (en caractères d'imprimerie) :

Nom de l'école :	Année d'études :
Adresse :	Type de classe :
Tél. :	Enseignant(e) :
Télec. :	Enseignant(e)-ressource :

Précisez qui se chargera du suivi des recommandations du prestataire de services :

<input type="checkbox"/> Enseignant(e)	<input type="checkbox"/> Enseignant(e) de l'enfance en difficulté/ Enseignant(e)-ressource/aide-enseignant(e)	<input type="checkbox"/> Direction de l'école	<input type="checkbox"/> Autre
--	--	---	--------------------------------

Services demandés :

<input type="checkbox"/> Orthophonie	Consultez la liste de vérification pour les demandes d'orientation. Toutes les demandes de services d'orthophonie de CHEO doivent être remplies par un(e) orthophoniste agréé(e).
--------------------------------------	--

Signature de la personne à l'origine de la demande d'orientation : _____ Date : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Tél. : _____



Formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie Services professionnels de santé en milieu scolaire

Télec. : 1-866-869-0071

Nom de l'élève : _____ École : _____

Liste de vérification pour les demandes d'orientation vers les services d'orthophonie :

Obtenir la permission écrite des parents/tuteurs d'aiguiller l'enfant vers CHEO afin de lui fournir des services d'orthophonie.

- Remplir le formulaire de demande de services de santé en milieu scolaire.
- L'orthophoniste à l'origine de la demande d'orientation doit : soit remplir (& signer et dater) le formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie de CHEO, soit envoyer un rapport d'orthophonie contenant les mêmes renseignements.
- Joindre un rapport récent d'évaluation en orthophonie (datant de moins d'un an). Un rapport complet d'évaluation du langage est exigé uniquement dans le cas des enfants chez qui on a dépisté ou chez qui on soupçonne des difficultés sur le plan du langage. CHEO fournit des services aux enfants qui ont des troubles de la parole, et le conseil scolaire est responsable du développement du langage.
- Si la demande d'orientation concerne le traitement d'un trouble de la voix, la recommandation d'un otorhinolaryngologiste (ORL) est exigée. Joindre le rapport d'évaluation de l'ORL (datant de moins de 6 mois précédant la date de la demande d'orientation).
- CHEO offre des services aux enfants qui ont des troubles de l'articulation d'un degré de sévérité moyen à grave. Le conseil scolaire s'occupe des enfants qui ont de légères difficultés d'articulation.
- Tous les enfants aiguillés vers le programme de services d'orthophonie en milieu scolaire de CHEO doivent avoir 5 ans ou plus pour bénéficier de ces services.

Envoyer les renseignements ci-dessus à CHEO à des fins de suivi, par la poste ou par télécopieur :

CHEO
100 - 4200 rue Labelle
Ottawa ON K1J 1J8
Tél./Équipe pédiatrique : 613-745-4358 ou 1-844-641-7078
Télec. : 1-866-869-0071

Remarque :

- Il est essentiel de suivre toutes les étapes décrites ci-dessus pour que la demande d'orientation soit complète et prête à traiter.
- Toutes les demandes de services d'orthophonie de CHEO doivent être remplies par un(e) orthophoniste agréé(e).

Vous trouverez ce formulaire ainsi que des renseignements au sujet du programme de services de santé en milieu scolaire sur le site Web de CHEO : <http://www.cheo.on.ca/fr/readaptation-milieu-scolaire>



Formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie

Services professionnels de santé en milieu scolaire

Télec. : 1-866-869-0071

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Nom de l'élève : _____ École : _____

D.D.N. _____ Année d'études : _____

Date d'évaluation : _____ Enseignant(e) : _____

Demande d'orientation : Première demande Ré-orientation vers CHEO

Orthophoniste à l'origine de l'orientation : _____

Problème(s) actuel(s) : _____

Antécédents médicaux pertinents :

Services d'orthophonie antérieurs : Oui Non Décrire :

Langue(s) parlée(s) à la maison : _____

COMPÉTENCES LANGAGIÈRES :

• Dans les limites normales (DLN): Oui Non

Si **Non**, remplir cette section :

• Date de l'évaluation en orthophonie : _____

****Remarque : Le rapport d'évaluation en orthophonie, de progrès ou de fin des services doit avoir été préparé au cours des douze derniers mois, et il doit être joint à ce formulaire.**

• Services langagiers :

À fournir : Oui Non Date prévue pour le début des services : _____

• Reçoit des services d'orthophonie :

Directs Consultatifs Soutien d'un(e) assistant(e) en troubles de communication

Ne reçoit plus de services d'orthophonie Date de fin des service _____

• Placement à l'école :

Classe ordinaire Classe-ressource Classe de rééducation du langage

Autre _____

COMPORTEMENT:

DLN : Oui Non Difficultés d'attention

Autre _____

OUIË :

• Préoccupations : Oui Non

• Antécédents d'infections de l'oreille : Oui Non

• Examen auditif récent : Oui Non Date _____

Si **Oui**, résultats : Perte : Oreille droite Oreille gauche Les deux

Prothèse auditive : Oui Non

• Orientation pour examen audiolgique



Formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie Services professionnels de santé en milieu scolaire

Télec. : 1-866-869-0071

Nom de l'élève : _____ École : _____

FLUIDITÉ VERBALE :

- DLN : Oui Non
- Survenue : Graduelle Soudaine Date _____
- Antécédents familiaux de troubles (parole, langage, fluidité verbale) : Oui Non
- Degré de gravité : Léger Moyen Grave
- Décrire les troubles de fluidité verbale observés : _____

- Caractéristiques secondaires : Oui Non
Décrire : _____
- Non-fluidité verbale dans la langue maternelle : Oui Non

ARTICULATION/PHONOLOGIE

- DLN : Oui Non
- Degré de gravité : Léger Moyen Grave Profond
- Décrire les erreurs ou processus présents : _____

- Stimulabilité : Oui Non
Préciser les phonèmes stimulables : _____
- Autres commentaires/renseignements : _____

- Dentition : DLN : Surocclusion Sous-occlusion Béance

DIFFICULTÉS ORO-MOTRICES

- DLN : Oui Non
- Non verbal : Oui Non
- Inintelligible : Mots Phrases
Conversation Tous les niveaux
- Produit spontanément des sons/syllabes simples : Oui Non
Décrire les sons produits : _____

- Répétition de sons/mots **seulement** : Oui Non
- Recours à la suppléance à la communication : Oui Non
Décrire : _____
- Difficulté – tâches orales non liées à la parole : Oui Non
- Difficulté – séquence des syllabes/mots : Oui Non



Formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie
Services professionnels de santé en milieu scolaire

Télec. : 1-866-869-0071

Nom de l'élève : _____ École : _____

• Autres commentaires : _____

VOIX

- DLN : Oui Non
- Orientation vers un otorhinolaryngologiste (ORL) recommandée : Oui Non
- Date du rendez-vous : _____
- Rapport d'ORL fourni : Oui _____ Non _____ Date du rapport : _____
- **Remarque : Le rapport doit avoir été préparé dans les 6 mois précédant l'orientation vers CHEO.**
- Qualité vocale : DLN Éteinte Rauque Aphone
- Autre : _____
- Tonalité/intonation : DLN Aiguë Grave
Monoton e Coupures Étendue réduite
- Volume : DLN Fort Doux Étendue réduite
- Antécédents de surmenage/malmenage vocal : Oui Non Présence de nodules
- Résonance : Hypernasale Hyponasale Émission d'air nasale
- Commentaires : _____

FENTE PALATINE

- DLN : Oui Non
- Si **oui**, Réparée Non réparée Date _____
- Prothèse Décrire _____

- Rapport de l'équipe de traitement de la fente palatine fourni : Oui Non
- Difficultés d'articulation : Oui Non
- Difficultés de résonance : Oui Non
- Commentaires : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS ET COMMENTAIRES



Formulaire d'orientation vers les services d'orthophonie

Services professionnels de santé en milieu scolaire

Télec. : 1-866-869-0071

Orthophoniste

Date de
demande
d'orientation :

Coordonnées
