Ergothérapie et Physiothérapie
LISTE POUR PARENTS

Madame, Monsieur,

Prière de remplir ce formulaire et le remettre le _____ à _____. Vous pouvez appeler _____ pour toutes questions. Merci.

Qu'entend-on par ergothérapie (OT) et physiothérapie (PT) en milieu scolaire ?
Les prestations d'OT et de PT en milieu scolaire sont des services qui aident les élèves à tirer profit de leur éducation. C'est à dire la capacité de l'élève à participer en salle de classe, au cafétéria, sur la cour de récréation, en classe de gymnastique et autres zones de l'établissement scolaire.

L'ERGOTHERAPIE

Ce qui compte c'est la capacité d'un élève à :

- utiliser les outils de sa classe pour fiare le travail de l'école.
- suivre les routines scolaires, organiser le matériel
- accomplir des tâches d'auto-traitement telles que l'hygiène, faire sa toilette, se nourrir et se vêtir

LA PHYSIOTHERAPIE

Ce qui compte c'est la capacité d'un élève à :

- participer aux activités physiques de l'école
- de fonctionner dans l'environnement de l'école
- d'accéder à diverses zones de l'école en marchant, utilisant une chaise roulante ou d'autres moyens pour se déplacer.

Prière de cocher le type d'évaluation que vous aimeriez avoir pour votre enfant. ☐ OT ☐ PT

Nom de l'élève :	Tél. domicile :
Parent/tuteur :	Tél. portable :
Votre enfant a reçu ou reçoit-il des services d' : ☐ OT ☐ de PT Si oui, depuis quand ?	
Qui a demandé l'évaluation ? ☐ Je l'ai demandée/Parent ☐ Le médecin ☐ L'enseignant ☐Autre personne :	
Médecin traitant :	N° de téléphone :
Spécialiste :	N° de téléphone :
Hôpital :	N° de téléphone :
Fauteuil roulant/Equipement clinique	N° de téléphone :
Orthésiste :	N° de téléphone :

Diagnostic médical : (y inclus les allergies) _____

Antécédents médicaux (et dates)

☐ Intervention chirurgicale : _____ ☐ Maladie/Hospitalisation : _____

Médicaments : (ainsi que les suppléments et diète spéciale) _____

Aviez-vous eu une grossesse et un accouchement typique ? ☐ Oui ☐ Non Prière de décrire : _____

☐ Naissance prématurée : Nombre de semaines _____

Dites à quel âge (à peu près) votre enfant a été capable de :

se retourner sur lui-même : _____ s'asseoir seul(e) : _____ marcher à quatre pattes : ____ marcher : ____ parler : ___

Comment pouvez-vous décrire votre enfant ? Quels sont les points forts, les compétences de votre enfant, et ce à quoi il s'intéresse ?

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus en ce qui concerne le travail de votre enfant dans le cadre scolaire ?

Décrire la capacité de votre enfant à faire ses devoirs de maison. Quelles sont les stratégies, si vous en avez, que vous utilisez ?

Comment pensez-vous qu'une thérapie donnée en milieu scolaire aidera votre enfant ?

Prière de cocher ce qui s'applique à votre domicile :

☐ maison privée ☐ appartement ☐ escaliers : nombre d'étages _____ ☐ ascenseur

☐ accessible aux personnes en fauteuil roulant

Quel moyen de locomotion utilise votre enfant pour aller à l'école ? ☐ il marche ☐ on le conduit en voiture ☐ autobus/métro ☐ autres moyens :

Quelles sont les activités de votre enfant en dehors de l'établissement scolaire ? ☐ joue avec des amis ou membres de la famille :

☐ sports ou clubs ☐ activités communautaires ou manifestations sociales ☐ emploi ou bénévolat
☐ thérapie/visite médicale

Merci de préciser

Prière de cocher les équipements ou ceux de la technologie d'assistance que votre enfant utilise : ☐ switch ☐ traitement de texte/ordinateur portable ☐ appareils orthopédiques ☐ canne ☐ béquilles ☐ déambulateur ☐ *stander* ☐ poussette ☐ fauteuil roulant ☐ autres :

Prière de cocher les choses que votre enfant <u>peut faire seul</u> :

☐ aller seul au lit et se lever du lit
☐ se mettre sur pied d'une position assise (chaise ou fauteuil roulant)
☐ se déplacer dans la maison
☐ dire aux gens ce dont il a besoin
☐ tâches ménagères à la maison
☐ monter et descendre les escaliers
☐ aller aux toilettes
☐ gérer l'hygiène et soins de son corps
☐ utiliser des ustensiles pour la cuisine et la nourriture
☐ boire d'un verre/gobelet
☐ préparer un gouter ou un sandwich
☐ s'habiller ☐ gérer les fermetures éclair ou agrafes
☐ traverser la rue
☐ prendre le bus ou le métro
☐ aller dans les boutiques pour faire des achats et compter la monnaie qui lui est rendue.
☐ apporter des articles avec lui ou son cartable d'école

Prière de cocher tout ce qui s'applique à votre enfant :

☐ manque de force, se fatigue facilement
☐ lent(e)
☐ maladroit(e)
☐ tombe très souvent : à quelle fréquence ? _____
☐ évite les activités physiques
☐ passe la meilleure partie de son temps à regarder la télévision ou à jouer au video games
☐ a beaucoup de difficulté à monter les escaliers
☐ a beaucoup de difficulté à descendre les escaliers
☐ a beaucoup de difficulté à marcher
☐ remuant, hyperactif
☐ manque d'attention (facilement distrait)
☐ se frustre facilement, tombe en proie à des accès de rage
☐ n'aime pas l'école
☐ se fait difficilement des amis
☐ a beaucoup de difficulté à faire ses devoirs en entier
☐ ne dort pas bien la nuit
sensible au :
☐toucher ☐au bruit ☐au niveau de l'odorat ☐ changement de routine