

Merci de compléter cette grille et de la joindre à votre demande de services.

Informations relatives au jeune

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de dossier : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Le jeune a été référé au guichet DI-TSA-DP de son CIUSSS en date du : _____

N.B. La référence au CIUSSS doit être faite pour que la demande soit évaluée dans notre établissement

Profil actuel du jeune

1. Le jeune présente des problèmes de dysphagie mettant à risque sa santé et/ou sa sécurité
2. Le jeune a besoin d'un positionnement et/ou d'une aide technique
3. Le jeune est à risque de détérioration musculo-squelettique (précisez ci-dessous) :
- a. Présence d'hypotonie sévère
 - b. Peu de motricité volontaire, peu de contrôle de tête et/ou instabilité vertébrale cervicale
 - c. A peu de contrôle postural, risque élevé de chutes et blessures
 - d. Rétractions musculaires aux hanches/subluxations
 - e. Présence de douleurs
4. Le jeune :
- f. Ne fait pas de roulade à 9 mois
 - g. Ne se tient pas assis sans support à 12 mois
 - h. Prend peu de mise en charge en position debout à 24 mois
 - i. Ne marche pas à 36 mois
 - j. N'a jamais bénéficié de suivis/recommandations en ergothérapie ou en physiothérapie et est âgé de plus de deux ans

(N.B. Pour les items f-g-h-i, l'âge corrigé doit être considéré si le jeune est né prématuré.)

Informations relatives au référent

Nom, prénom : _____

Établissement : _____

Date : _____

Merci de votre collaboration !