

COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA DEMANDE DE SERVICES

Programme déficience motrice

(Troubles de développement moteur et déficits moteurs cérébraux)

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 : _____

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 de spasticité ou d'hypotonie sévère
 - b. Peu de motricité volontaire
 - c. Diminution des amplitudes articulaires ou présence de contractures
 - d. Présence de douleurs
4. Le jeune :
- a. Est âgé de moins d'un an ou est un « non marcheur » âgé de plus de 21 mois
 - b. A peu de contrôle postural, cela affectant sa sécurité
 - c. Présente une régression motrice (perte d'acquis)
 - d. N'a jamais bénéficié de suivis/recommandations en ergothérapie ou en physiothérapie et est âgé de plus de deux ans
 - e. Débute la maternelle en septembre prochain et a besoin d'une orientation scolaire en raison des difficultés motrices relevées

Choisir, si applicable, l'une des deux options suivantes :

- f. Le jeune se situe en-dessous du 5^e percentile au *A/IMS* pour au moins trois évaluations
- g. Le jeune est à moins de deux écarts types dans les sphères de motricité fine et/ou globale au *PDMS-2* ou tout autre test équivalent

Informations relatives au référent

Nom, prénom : _____

Établissement : _____

Date : _____

Merci de votre collaboration !