

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.

CLIENTÈLE PRÉSENTANT UN TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION (TDC)

Informations relatives au jeune

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

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

Profil actuel du jeune

L'admissibilité du jeune ne peut être basée uniquement sur le diagnostic de TDC. Compte tenu de notre mandat en réadaptation, l'admissibilité est déterminée par la sévérité de l'atteinte fonctionnelle. Dans ce contexte, au moment de la demande, le jeune doit se retrouver en situation d'handicap important.

- 1. Le diagnostic médical de TDC est confirmé
- 2. L'évaluation en ergothérapie date de moins d'un an
- 3. Le MABC-2 ou BOT-2 est complété
 - Score total en deçà du 15^e percentile
 - Au moins une sphère en bas du 5^e percentile
- 4. Des impacts fonctionnels significatifs sont présents dans la réalisation des habitudes de vie, plaçant le jeune en situation d'**handicap important** malgré les adaptations/compensations mises en place dans le milieu. Les impacts fonctionnels doivent **clairement être expliqués par les difficultés motrices/organisation motrice**
- 5. Les difficultés motrices ne sont pas expliquées par un manque de collaboration/compréhension/attention lors de l'évaluation
- 6. Le potentiel de réadaptation est favorable (capacité à collaborer, motivation du jeune et de sa famille, disponibilité)
- 7. En présence de déficience intellectuelle (DI) ou d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA), les difficultés motrices dépassent celles habituellement associées à ces diagnostics

Informations relatives au référent

Nom, prénom : _____

Établissement : _____

Date : _____

Merci de votre collaboration !