

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

- 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 et sont **clairement 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 !