

**COMPLÉMENT D'INFORMATION À LA 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 : _____

L'admissibilité du jeune en CRDP ne peut être basée uniquement sur le diagnostic de TDC. Compte tenu du mandat en réadaptation spécialisée, 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.

Pour le besoin en réadaptation physique, la demande est dirigée vers :

- Centre de réadaptation Marie-Enfant Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay

Profil actuel du jeune

- ✓ Le diagnostic **médical** de TDC est confirmé ? Oui Non
- ✓ Une évaluation complète en ergothérapie datant de moins d'un an est jointe à la demande (incluant les résultats aux tests standardisés) ? Oui Non
- ✓ 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 ? Oui Non
- ✓ Les impacts fonctionnels doivent **clairement être expliqués par les difficultés motrices/organisation motrice et ne sont pas mieux expliqués par un manque de collaboration/compréhension/attention. Les impacts fonctionnels dépassent ceux associés à un ou autres diagnostics (ex : TSA, TDAH, DI, etc.)** ? Oui Non
- ✓ L'enfant présente un **potentiel de réadaptation pour bénéficier d'une approche de type cognitif (Approche COOP)** ainsi qu'une capacité à collaborer ? Oui Non
- ✓ Dans le cadre d'une demande de service **pour un enfant avec un double diagnostic (TDC et TSA/DI)**, est-ce qu'un support éducatif et/ou psychosocial d'un partenaire du réseau est requis pour favoriser le plein potentiel de l'enfant à bénéficier de la réadaptation en déficience physique ?
 - Oui en amont de la prise en charge en CRDP* Oui en collaboration lors de la prise en charge en CRDP*
 - Services déjà en place Non requis

*Si oui, une référence pour l'enfant et sa famille a également été adressée au Guichet DI TSA DP de leur territoire ?
 Oui Non

Informations relatives au référent

Nom, Prénom : _____ Téléphone : _____
Établissement : _____ Date : _____