

Programme DM : DMC-Multi, TDM
Complément d'information à la demande de services
*Pour des fins de **priorisation** de la demande*

*Cocher la case qui correspond le mieux au profil actuel du jeune

Nom, Prénom :
DDN :
NAM :
#dossier :

Critère	A	B	C
Dysphagie : présente des problèmes connus ou suspectés de dysphagie mettant à risque sa santé et/ou sa sécurité.	<input type="checkbox"/> N'a jamais été évalué et aucune recommandation donnée <u>OU</u> <input type="checkbox"/> La situation nécessite des ajustements fréquents ou un suivi très rapproché	<input type="checkbox"/> La situation doit être surveillée mais est présentement stable ou sous contrôle (recommandations à jour)	N/A <input type="checkbox"/>
Équipement : Le jeune a besoin d'un positionnement et/ou d'une aide technique	<input type="checkbox"/> Qui permettra l'acquisition d'une fonction essentielle, soit un besoin de : <input type="checkbox"/> Positionnement pour l'alimentation sécuritaire <input type="checkbox"/> Planche à station debout chez jeune > 15 mois <input type="checkbox"/> Marchette siège <input type="checkbox"/> Autre équipement, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Qui favorisera un alignement optimal, intégrité musculo-squelettique, etc. Soit un besoin de : <input type="checkbox"/> Orthèse de repos <input type="checkbox"/> Orthèses tibiales simples, plantaires, etc. <input type="checkbox"/> Positionnement autre que pour l'alimentation <input type="checkbox"/> Autre équipement, précisez : _____	N/A <input type="checkbox"/>
Condition musculo-squelettique : risque de détérioration ou enjeu de sécurité	Présence d'hypotonie sévère <input type="checkbox"/> ET/OU de spasticité <input type="checkbox"/> ET/OU de dystonie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Présence d'hypotonie légère à modérée	N/A <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Peu de motricité volontaire (pour jouer, se déplacer, maintenir des positions contre gravité, etc)	<input type="checkbox"/> Peut sortir des positions contre-gravité, a un mode de déplacement, arrive à tenir ou manipuler un jeu, <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Le manque de motricité volontaire s'explique majoritairement par le peu d'intérêt de l'enfant	N/A <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Diminution des amplitudes articulaires ou présence de contractures	<input type="checkbox"/> Amplitudes articulaires complètes	N/A <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Présente une anomalie musculo-squelettique Préciser :	<input type="checkbox"/> Ne présente pas d'anomalie musculo-squelettique diagnostiquée ou évidente	
	<input type="checkbox"/> Présence de douleur	<input type="checkbox"/> Aucune douleur rapportée	
	<input type="checkbox"/> A peu de contrôle postural, cela affectant sa sécurité (à l'alimentation, chutes sans protection adéquate assis ou debout, etc).	<input type="checkbox"/> A peu de contrôle postural mais se protège adéquatement ou son contrôle postural est homogène avec ses capacités globales	N/A <input type="checkbox"/>
Fenêtre d'opportunités	<input type="checkbox"/> Est âgé de moins d'un an ou est un « non marcheur » âgé de plus de 21 mois	<input type="checkbox"/> Est marcheur <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Est un non marcheur entre 12 mois et 21 mois	
	<input type="checkbox"/> Présente une régression <u>motrice</u> /perte d'acquis	<input type="checkbox"/> Se développe à son rythme, <input type="checkbox"/> N'a jamais régressé	
	<input type="checkbox"/> N'a jamais bénéficié de suivis/recommandations en ergothérapie ou en physiothérapie <u>et</u> est âgé de plus de deux ans	<input type="checkbox"/> A 2 ans et déjà eu des suivis ou recommandations en ergothérapie <u>ET</u> physiothérapie <u>OU</u> <input type="checkbox"/> N'a jamais bénéficié de suivis/recommandations en ergothérapie ou en physiothérapie mais est âgé de moins de deux ans	N/A <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Débute l'école en septembre prochain et a besoin d'une orientation scolaire en raison des difficultés motrices relevées	<input type="checkbox"/> Ne débute pas l'école dans la prochaine année <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Débute l'école mais l'orientation scolaire est connue ou évidente <u>OU</u> <input type="checkbox"/> Débute l'école et a besoin d'une orientation scolaire mais non en lien avec ses difficultés motrices	
Sévérité de la condition	<input type="checkbox"/> < 5 ^e rang centile au AIMS pour ≥ 2 évaluations <u>OU</u> <input type="checkbox"/> ≥ 2 écarts-type en MF ou MG au PDMS-2, ou tout autre test standardisé équivalent	<input type="checkbox"/> Correspond aux critères de la réadaptation mais pas à l'énoncé de gauche en terme de persistance ou de sévérité	N/A <input type="checkbox"/>

Nom de l'intervenant : _____
 Signature : _____

Établissement : _____
 Date : ____/____/____