**SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU SCOLAIRE**

**FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES EN PHYSIOTHÉRAPIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de communication avec les parents ou tuteurs :** | [ ]  Évaluation initiale [ ]  Nouvelle évaluation ou suivi [ ]  Congé ou transition |
| **Présentation des services** | [ ]  Questions financières |
| [ ]  Motifs de la demande | [ ]  Collecte, utilisation et divulgation de renseignements personnels sur la santé  |
| [ ]  Étendue des services | [ ]  Retrait du consentement  |
| [ ]  Objectif des services  | [ ]  Participation d’autres fournisseurs de services/communication avec l’école  |
| [ ]  Avantages et risques | [ ]  Conséquences possibles en cas de refus/autres possibilités  |
| **Protocole d’évaluation ou de nouvelle évaluation** | [ ]  Analyse du dossier avant la rencontre |
| [ ]  Renseignements fournis par l’élève, les parents ou les soignants  | [ ]  Observation  |
| [ ]  Évaluations standardisées  | [ ]  Interaction directe |
| [ ]  Consentement éclairé fourni par : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de la cliente ou du client** |  | **Renseignements confirmés/mis à jour** |
| École |  | [ ]  Date de naissance : |
| Niveau scolaire |  | [ ]  Adresse |
| Vue |  | [ ]  Numéro de téléphone |
| Ouïe |  | [ ]  Personne-contact |
| Autres organismes |  |

|  |
| --- |
| **Antécédents** |

|  |
| --- |
| **Préoccupations/buts** (parents ou tuteurs/élève) |

|  |
| --- |
| **Date de la consultation en milieu scolaire :** |
| **Personnes présentes lors de la rencontre :**  |

|  |
| --- |
| **Préoccupations/buts** (école/élève)Sécurité/escaliers/activités d’éducation physique/équipement/accès à l’école ou au terrain de jeu  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accessibilité/sécurité**(escaliers, terrain de jeu, couloirs, toilettes, gymnase, étages supérieurs) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Équipement** | **Description de l’équipement, de son âge (si connu), du lieu d’utilisation (maison, école ou les deux) et du fournisseur**  |
| Orthèses |  |
| Déambulateur |  |
| Verticalisateur |  |
| Fauteuil roulant |  |
| Tricycle adapté |  |
| Équipement de positionnement |  |
| Autre(s) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Douleur [ ]  Oui [ ]  Non |  |

**DONNÉES OBJECTIVES**

|  |
| --- |
| **Santé cardiorespiratoire/endurance** |

|  |
| --- |
| **Amplitude des mouvements/force** Hanches -Genoux -Chevilles - |

|  |
| --- |
| **Tonus musculaire** |

|  |
| --- |
| **Transferts** |

|  |
| --- |
| **Positionnement** |

|  |
| --- |
| **Démarche/mobilité**  |

|  |
| --- |
| **Motricité globale** |
| Déplacements dans les escaliers (vers le haut) | MouvementsUtilisation de la rampe |
| Déplacements dans les escaliers (vers le bas) | MouvementsUtilisation de la rampe |
| Sauts vers l’avant  | Longueur du saut les pieds joints |
| Sauts verticaux |  |
| Équilibre et coordination | Équilibre debout sur une jambeÉquilibre debout un pied devant l’autre (tandem)Marcher en suivant une ligne  |
| Course à pied | Vitesse/coordination/contrôle  |
| Manipulation de balles/ballons | Lancer, attraper, botter, dribler  |
| Plancher | Mobilité pour s’asseoir sur le plancher ou se relever  |
| Autres(s) |  |
| **Commentaires** |

**ANALYSE**

|  |
| --- |
| [ ]  Veuillez consulter le plan de soins [ ]  L’analyse est présentée ci-dessous :Une demande de consultation en physiothérapie a été soumise pour les raisons suivantes : (raisons). La consultation a eu lieu le (date) à (nom de l’école) en consultation avec (nom du membre du personnel ou de l’enseignante ou enseignant EED). Lors de l’évaluation, les éléments suivants ont été notés : -La motricité globale fait l’objet d’un retard compte tenu de l’âge/est adaptée compte tenu de l’âge/est fonctionnelle.-Il y a des préoccupations/Il n’y a pas de préoccupations concernant les déplacements dans les escaliers.-Une consultation est recommandée pour favoriser la participation aux programmes d’éducation physique.-L’élève a besoin d’équipement particulier.  |

**PLAN/RECOMMANDATIONS**

|  |
| --- |
| [ ]  L’élève recevra des services de physiothérapie [ ]  L’élève obtiendra son congé des services de physiothérapie L’élève sera admis(e)/ne sera pas admis(e) aux services de physiothérapie. Un rendez-vous de suivi aura lieu le (date).   |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la ou du physiothérapeute : | Signature :  |
| Téléphone : 905-728-1673, poste XXXCourriel :  | Date :  |

[ ]  Copie conforme du rapport : XXX