**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) | Mouvements  Utilisation de la rampe |
| Déplacements dans les escaliers (vers le bas) | Mouvements  Utilisation de la rampe |
| Sauts vers l’avant | Longueur du saut les pieds joints |
| Sauts verticaux |  |
| Équilibre et coordination | Équilibre debout sur une jambe  Équilibre 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 XXX  Courriel : | Date : |

Copie conforme du rapport : XXX