

Formulaire de renvoi vers les services auxiliaires de santé dans les écoles

Téléphone : 416 222-2241 ou 905 895-1240 ou 1 888 470-2222 Fax : 416 222-6517 ou 905 952-2404

**Les formulaires de renvoi qui manquent de renseignements ne seront PAS traités.*

A. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE ET LE PARENT OU TUTEUR			
Nom de l'élève : _____		<input type="checkbox"/> Homme	
(Nom)	(Prénom)	<input type="checkbox"/> Femme	
Date de naissance : _____	Numéro de carte Santé : _____		
(jj-mmm-aaaa)	(Code de version)		
Domicile : _____			
(Adresse)	(Ville ou municipalité)	(Code postal)	
Langue principale :		Langue secondaire :	
Parent ou tuteur			
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur		<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	
Nom : _____		Nom : _____	
Téléphone (maison) : _____		Téléphone (maison) : _____	
Cellulaire : _____		Cellulaire : _____	
Téléphone (travail) : _____		Téléphone (travail) : _____	
Poste		Poste	
<input type="checkbox"/> Renvoi à la demande des parents : Veuillez préciser la principale préoccupation : _____			
B. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET SUR LE MÉDECIN			
Nom du médecin : _____		Téléphone : _____	
		Poste	
Renseignements médicaux pertinents, diagnostic, syndrome : _____			
C. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉCOLE			
<input type="checkbox"/> TDSB	<input type="checkbox"/> YRDSB	<input type="checkbox"/> SCDSB	<input type="checkbox"/> CSC MonAvenir
<input type="checkbox"/> TCDSB	<input type="checkbox"/> YCDSB	<input type="checkbox"/> SMCDSB	<input type="checkbox"/> CS Viamonde
		<input type="checkbox"/> École privée	<input type="checkbox"/> École à la maison
<input type="checkbox"/> Programme préscolaire			
Nom de l'école : _____			
Adresse de l'école : _____			
Téléphone : _____		Poste	Fax : _____
Directeur ou directeur adjoint : _____			
Enseignant : _____		Année : _____	
Directeur ou remplaçant désigné : _____		Date : _____	
(Signature)		(jj-mmm-aaaa)	
D. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER DU CONSEIL SCOLAIRE			<input type="checkbox"/> Sans objet
Les conseils scolaires qui font appel aux services de conseillers en ergothérapie, physiothérapie et orthophonie sont tenus de fournir un rapport et la signature de chaque conseiller. <input type="checkbox"/> Rapports en pièce jointe			
Nom du conseiller : _____		Téléphone : _____	
		Poste	
Veuillez préciser la principale préoccupation : _____			
Conseiller : _____		Date : _____	
(Signature)		(jj-mmm-aaaa)	

Formulaire de renvoi vers les services auxiliaires de santé dans les écoles

Nom de l'élève :

(Nom)

(Prénom)

Date de naissance :

(jj-mmm-aaaa)

Nom de l'école :

E. Service demandé

Sécurité : Existe-t-il une préoccupation immédiate pour la sécurité du patient? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le besoin en matière de sécurité et le plan qui s'applique. _____

Orthophonie

Articulation, phonologie, retard du langage, trouble moteur de la parole Modéré Grave

Trouble de la fluidité Modéré Grave

Trouble de la résonance Modéré Grave

Trouble de la voix Rapport de l'oto-rhino-laryngologiste : Oui Non

Intervention orale et motrice

Veuillez fournir des détails précis concernant les besoins en communication de l'élève :

Quelles ont été les stratégies mises à l'essai? _____

Quels services l'élève a-t-il ou a-t-elle reçus jusqu'à maintenant? _____

Ergothérapie

Modéré **Grave**

Motricité fine et coordination motrice

Écriture en lettres moulées

Motricité fine

Utilisation de ciseaux

Se fatigue facilement

Organisation du travail

Mouvements musculaires faibles et raides

Traitement sensoriel

Sensibilité à la lumière, au son, au toucher

Constamment en mouvement

Comportements répétitifs

Difficulté avec l'espace personnel

Recherche et évite certaines textures

Appui trop fort ou légèrement en écrivant ou dessinant

Capacités fonctionnelles

Se vêtir

Manger

Faire sa toilette

Se déplacer

Problèmes visuels et moteurs :

Difficulté à copier ce qui est écrit sur un tableau noir ou blanc

Difficulté à se retrouver pendant la lecture

Inverse des lettres

Difficulté à trouver des choses dans son bureau ou sur une tablette

Incapable de parcourir une page

Besoins en technologie ou en équipement spécialisé (veuillez préciser) : _____

Veuillez expliquer en détail les besoins de l'élève :

Quelles stratégies ont été mises à l'essai? _____

Quels services l'élève a-t-il ou a-t-elle reçus jusqu'à maintenant? _____

Formulaire de renvoi vers les services auxiliaires de santé dans les écoles

Student Name:
(Last Name)
(Prénom)
Date de naissance :
(jj-mm-aaaa)
Physiothérapie
 Modéré **Grave** **Sécurité** : Veuillez décrire la préoccupation et les stratégies adoptées :

 Condition respiratoire aiguë (Expliquez) : _____

 Problèmes de motricité globale et de fonctionnement physique marcher courir monter des escaliers
 équilibre coordination déplacements conscience du corps

 Problème neuromusculosquelettique (Expliquez) : _____

 Besoins en équipement spécialisé (Expliquez) : _____

Veuillez expliquer en détail les besoins de l'élève : _____

Quelles stratégies ont été mises à l'essai?

Quels services l'élève a-t-il ou a-t-elle reçus jusqu'à maintenant?

Soins infirmiers (Exigence de renvoi ou d'ordonnance médicale : Le parent doit demander un renvoi au médecin.)
 Éducation sur le diabète Alimentation entérale Éducation sur les cathéters Autre :

Veuillez expliquer en détail les besoins de l'élève :

Services de soutien à la personne (écoles privées uniquement)
 Alimentation Déplacements Toilette Habillage Autre :

Veuillez expliquer en détail les besoins de l'élève :

F. Consentement par écrit pour le renvoi, les services et l'échange de renseignements
Autorisation à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels sur la santé

 L'enseignant scolaire ou préscolaire, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou l'orthophoniste a expliqué la raison du renvoi de mon enfant à Santé à domicile Ontario pour obtenir les services offerts par des organismes fournisseurs de services sous contrat, et je consens à ce renvoi. Oui Non

Je comprends que, pour fournir les services à mon enfant, Santé à domicile Ontario, les fournisseurs de services sous contrat et le personnel du conseil scolaire échangeront des renseignements personnels sur la santé de mon enfant.

 Oui Non

Santé à domicile Ontario est tenu, en vertu des lois sur la protection de la vie privée de l'Ontario, de suivre des pratiques visant à protéger la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Par conséquent, les renseignements personnels sur la santé de votre enfant ne seront pas divulgués sans votre consentement, sauf si la loi le permet.

Je consens à ce renvoi et à l'échange de renseignements sur le renvoi entre Santé à domicile Ontario et l'école.

 Oui Non

Nom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Signature : _____

Date : _____

Consentement obtenu par : _____

Date : _____