



**SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU
SCOLAIRE
CONSULTATION EN ORTHOPHONIE**

3945, chemin Matchette
Windsor (Ontario) N9C 4C2
Tél.: 519.252.7281
Sans frais : 1.800.976.JMCC (5622)
Télec.: 519.252.5873
www.jmccentre.ca

LE PARENT/TUTEUR A DONNÉ SON CONSENTEMENT RÉ-AIGUILLAGE

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom: _____ Date de naissance: _____
Mois/jour/année

École: _____ Cons. scolaire: _____

Audition: DLN Antéc. d'infection aux oreilles Date test auditif: _____

Acquisition du langage : Dans les limites de la normale (DLN) Retard/trouble Non évalué

Diagnostics, troubles et autres facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le traitement en orthophonie :

Rapports joints:

MOTIF DE L'AIGUILLAGE (Cocher tous les choix applicables et fournir tout autre renseignement)

TROUBLES DE LA VOIX

Consultation en ORL Oui Non Date: _____
(évaluation requise avant le début du traitement)

- | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Qualité de la voix | <input type="checkbox"/> DLN | <input type="checkbox"/> Difficultés |
| <input type="checkbox"/> Hauteur/Intonation | <input type="checkbox"/> DLN | <input type="checkbox"/> Difficultés |
| <input type="checkbox"/> Intensité | <input type="checkbox"/> DLN | <input type="checkbox"/> Difficultés |

Antéc. de surmenage vocal: Oui Non Nodules sur les cordes vocales: Oui Non

TROUBLES DE RÉSONANCE

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hypernasalité | <input type="checkbox"/> Hyponasalité | <input type="checkbox"/> Nasalité mixte |
| <input type="checkbox"/> Émission d'air nasal | <input type="checkbox"/> Généralisée | <input type="checkbox"/> Phonèmes/sons particuliers |

A consulté une clinique de traitement des fissures labiales/ palatines et anomalies craniofaciales/ dentaires: Oui Non

TROUBLES DE FLUIDITÉ

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Légers | <input type="checkbox"/> Modérés | <input type="checkbox"/> Sévères |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Troubles observés/signalés: répétitions prolongements blocages ajout de mots

clignement des yeux grimaces pincement des lèvres

Comportements associés observés: dilatation des narines mâchoire tendue

autres mouvements corps/tête respiration bruyante ou suspendue

Commentaire concernant l'impact sur l'élève:



**SERVICES DE RÉADAPTATION EN MILIEU
SCOLAIRE
CONSULTATION EN ORTHOPHONIE**

3945, chemin Matchette
Windsor (Ontario) N9C 4C2
Tél.: 519.252.7281
Sans frais : 1.800.976.JMCC (5622)
Télé.: 519.252.5873
www.jmccentre.ca

NOM DE L'ÉLÈVE:

ÉCOLE:

TROUBLES D'ARTICULATION ET DE PHONOLOGIE

- Légers (non admissible) Modérés (non admissible) Sévères
- 1 ou 2 erreurs phonologiques
 - 4 à 6 erreurs phonologiques
 - 7 erreurs phonologiques ou plus
 - Intelligible la plupart du temps
 - Intelligible de 50 à 80 % du temps
 - Intelligible moins de 50 % du temps

Production de la parole moins intelligible qu'escompté selon les résultats des tests d'articulation de mots uniques

Cochez tous les choix applicables:

- postériorisation antériorisation arrêt réduction de groupes consonantiques aucune fricative
 suppression de la consonne finale suppression de la consonne initiale omissions distorsions

Donner des exemples:

Vérifier les composants moteurs de la parole et les caractéristiques distinctives de la production de la parole qui s'appliquent: (3 ou plus répondent aux critères)

- répertoire de voyelles limité simplification des mots/syllabes
 répertoire de consonnes limité /distorsion des consonnes productions non constantes
 difficulté à bouger les mâchoires et les lèvres positionnement de la bouche
 persistance de processus phonologiques primaires ou atypiques qualité d'élocution atypique
 hausse des erreurs lorsque la séquence phonémique augmente vitesse d'élocution atypique

Donner des exemples:

- COMMUNICATION NON VERBALE** (prescription éventuelle avec un IA ou une CSC)
 suppléance à la communication inscrit à la CSC du JMCC aiguillage vers une CSC en cours

Type de système utilisé: _____

Décrire les fonctions langagières: demande commente proteste salutation récurrence
 questions

Quels soutiens sont utilisés: modélisation attente messages-guides oraux

Avec qui utilise-t-il le système: enseignants pairs aides/assistants famille

Commentaires:

ORTHOPHONISTE FAISANT LA DEMANDE :

Nom: _____ Date: _____ Signature: _____

Conseil scolaire/organisme: _____ Tél.: _____ Poste: _____

c.c. Direction de l'école/DSO Orthophoniste de l'école