

Liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire du Centre pour enfants de Niagara pour les renvois vers les services orthophoniques — Jusqu'à l'âge de 15 mois



Avant de remplir, veuillez vous référer aux documents suivants :

- Liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire du Centre pour enfants de Niagara pour les renvois vers les services orthophoniques - Formulaire de consentement.
- Lignes directrices relatives aux renvois au QCCN au moyen de la liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire pour les renvois vers les services orthophoniques du Centre pour enfants de Niagara.

Si les résultats de la liste de contrôle indiquent qu'un renvoi est nécessaire, veuillez vous référer aux documents suivants :

- Lignes directrices relatives aux renvois au QCCN au moyen de la liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire pour les renvois vers les services orthophoniques du Centre pour enfants de Niagara.
- Formulaire de renvoi de la naissance à la rentrée scolaire vers les services orthophoniques du Centre pour enfants de Niagara pour le QCCN.

Informations sur l'enfant

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : __/__/____

Informations sur l'achèvement de la liste de contrôle

Date à laquelle la liste de contrôle a été complétée (JJ/MM/AAAA) : __/__/____ Âge de l'enfant au moment où la liste de contrôle a été complétée : _____

Liste de contrôle complétée par : _____ Rôle/Agence

Date à laquelle la liste de contrôle a été discutée avec le(s) parent(s)/tuteur(s) (JJ/MM/AAAA): __/__/____

Informations relatives au renvoi

• L'enfant attend-il ou reçoit-il actuellement des services d'orthophonie au Centre pour enfants de Niagara ? Oui* Non * si oui, **ne pas effectuer** de renvoi

• Un renvoi au Centre pour enfants de Niagara a-t-il été effectué ? Oui Non

Si oui, date de renvoi (JJ/MM/AAAA) : __/__/____

Comment évaluer la liste de contrôle

Chaque catégorie d'âge est divisée en **DEUX** sections.

Section 1: Les questions de cette section représentent les compétences attendues « pour » ou « avant » la tranche d'âge indiquée.

- Répondez à chaque question par OUI ou NON
- Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « non » dans cette section

Liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire du Centre pour enfants de Niagara pour les renvois vers les services orthophoniques — Jusqu'à l'âge de 15 mois



Section 2: Les questions dans cette section font référence aux préoccupations liées aux communications et aux comportements atypiques qui surviennent parfois lorsqu'un enfant ne développe pas la communication comme prévu.

- Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « oui » dans cette section

Section 1		OUI	NON
1	Fait des sons pour attirer l'attention tout en regardant votre visage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous montre ce qu'il veut par des gestes, y compris LES DEUX éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Tendre les mains vers quelque chose qu'il veut ET vous regarder pour que vous lui donniez. • Étendre les bras pour demander à être ramassé. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Utilise des gestes pour communiquer pour de NOMBREUSES raisons fréquemment tout au long de la journée, y compris BEAUCOUP des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Montre, montre du doigt ou vous apporte des choses pour vous amener à les regarder. • Applaudit • Envoie la main • Souffle des baisers 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Regarde un objet auquel vous pointez à l'autre bout de la pièce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Regarde en direction de, touche ou pointe en direction de BEAUCOUP d'objets familiers qui se trouvent à proximité lorsque vous les nommez (<i>p. ex., « où est ta chaussure, ton chapeau, ton ballon, ta bouteille ».</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Suit BEAUCOUP de directives simples d'une seule étape sans geste ni pointage (<i>p. ex., asseye-toi, viens ici, donne-le-moi, remet-le en place, tape des mains.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Aime interagir avec les gens (<i>p. ex., sourit et rit en réponse à vos sourires, vos rires, vos voix excitées, vos expressions faciales amusantes.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Aime à participer à des jeux interactifs avec des personnes à l'aide de livres OU de jouets OU de chansons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Regarde votre visage pour voir ce que vous en pensez si quelque chose de nouveau se produit (<i>p. ex., si vous voyez un inconnu, entendez un bruit étrange ou quelque chose se brise.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Reconnait, est excité et participe à BEAUCOUP d'activités de jeu familières (<i>p. ex., peekaboo, jeux de chatouilles, chansons enfantines/comptines, jeu de chasse, etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Essaie de communiquer avec vous en combinant différents sons comme s'il parlait (<i>p. ex., « abada baduh abee ».</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « non » dans la section 1			
Section 2		OUI	NON
1	Démontre un intérêt limité pour les personnes familières ou non familières (c.-à-d. Ne répond pas/rarement à ou lance une attention conjointe, un engagement conjoint, réponse limitée ou insuffisante à leur nom ou tentatives de les engager <i>Exemples : ses sourires, rires, contacts visuels et réponses aux paroles/expressions faciales/gestes d'une personne sont limités, semble plus intéressé par les objets que par les visages des gens, intérêts limités, effet plat, réponse nulle ou limitée à l'expression du visage/geste d'une autre personne.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	N'a plus les compétences sociales ou de communication fonctionnelle qu'il avait auparavant (<i>le changement doit être soutenue au fil du temps</i>) *Remarque : doit être distinct de la réduction typique du babillage, selon l'âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste de contrôle de la naissance à la rentrée scolaire du Centre pour enfants de Niagara pour les renvois vers les services orthophoniques — Jusqu'à l'âge de 15 mois



	<i>Exemples : a été capable de dire plusieurs mots spécifiques fonctionnellement dans une situation spécifique et ne le fait plus</i>		
3	Utilise souvent la main d'une autre personne comme outil sans regarder la personne pour demander quelque chose <i>Exemple : place la main d'un adulte sur des objets pour demander l'ouverture de récipients ou pour activer des jouets.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Utilisation limitée ou non des gestes conventionnels *Pas de nombre spécifique, concentration très limitée/non utilisation de gestes <i>Exemple: Secouer la tête pour non, donner des objets, tendre les bras ou lever les bras pour « lever »</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Réagit fortement à des peurs inhabituelles (p. ex., craint les bruits, les objets en mouvement, les phénomènes météorologiques) ET ne cherche pas le réconfort/n'initie pas d'actions afin d'obtenir du réconfort auprès des adultes (p. ex., ne tend pas les bras vers le parent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bouge régulièrement ses doigts, ses mains ou son corps d'une manière étrange ou répétitive (doit être fréquent, répétitif et être observé d'interrompre les routines, plutôt que quand il est excité ou pour se calmer pour dormir) <i>Exemple : battements répétés des mains ou raideurs qui détendent les doigts en regardant la télévision, en mangeant ou en marchant</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Démontre un intérêt limité pour les jouets, ou utilise les jouets/objets de manière inhabituelle, inattendue ou répétitive <i>Exemple : ne fait qu'aligner les jouets ou ne fait qu'examiner les pièces des jouets plutôt que de jouer avec eux de la manière prévue ; tourne, sent, ouvre/ferme les pièces de manière excessive ; répète les mêmes étapes avec un jouet encore et encore ; regarde le long des bords des objets ; suspend une ficelle ou tient les objets étroitement devant ses yeux.; remarque les ventilateurs et les interrupteurs dans chaque pièce</i>		
	Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « non » dans la section 2		