

# 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 9 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.

- Répondre 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 9 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	Vous montre ce qu'il veut en tendant les bras vers l'objet ou en regardant ce qu'il veut ET en vous regardant ensuite pour que vous lui donniez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Réagit aux sons de tous les jours lorsqu'il est réveillé ( <i>p. ex., une sonnerie de téléphone, un coup à la porte, des jouets.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vous répondez ou vous regarde lorsque vous utilisez une voix intéressante ou excitée pour prononcer le nom de l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Comprend lorsque vous lui dites « non » ( <i>il n'est pas nécessaire qu'il arrête ce qu'il fait, mais qu'il réponde d'une manière ou d'une autre à la directive.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Regarde votre visage pendant que vous parlez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	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"/>
7	Reconnait, est excité et/ou participe avec vous à AU MOINS UNE activité de jeu familière ( <i>p. ex., peekaboo, jeux de chatouilles, chansons enfantines/comptines, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Essaie de faire des sons lorsque vous faites des sons ( <i>ce n'est pas nécessaire qu'il copie le son exactement.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Babille en répétant le même son encore et encore ( <i>p. ex. bababa, duhduhduh ou tout autre son de consonne suivi d'un son de voyelle</i> ) <u>souvent</u> au cours de la journée.	<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 <b>répond</b> pas/rarement à ou <b>lance</b> 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> ) <b>*Remarque</b> : doit être distinct de la réduction typique du babillage, selon l'âge. <i>Exemples : a été capable de dire plusieurs mots spécifiques fonctionnellement dans une situation spécifique et ne le fait plus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « oui » dans la section 2			