



Liste de contrôle du Niagara Children's Centre pour les renvois vers les services d'orthophonie — Jusqu'à l'âge de 6 mois

Avant de remplir, veuillez vous référer aux documents suivants :

- Formulaire de consentement relatif à la liste de contrôle pour les renvois vers les services d'orthophonie du Niagara Children's Centre
- Aperçu et instructions relatifs à la liste de contrôle pour les renvois vers les services d'orthophonie du Niagara Children's Centre et instructions pour le QCCN

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

- Voies de renvoi vers les services d'orthophonie du Niagara Children's Centre pour le QCCN
- Formulaire de renvoi vers les services d'orthophonie du Niagara Children's Centre pour le QCCN

Nom de l'enfant : _____
Date de naissance : _____
Âge au moment où la liste de contrôle a été complétée: _____
Liste de contrôle complétée le : _____
Liste de contrôle complétée par : _____ Rôle/Agence : _____
La liste de contrôle a été discutée avec le parent/tuteur le : _____
L'enfant attend-il ou reçoit-il actuellement des services d'orthophonie au Niagara Children's Centre?
 O N si oui, **ne pas effectuer de renvoi :**
Renvoi effectué ? O N Si oui, date de renvoi : _____

Comment noter la liste de contrôle

- Chaque catégorie d'âge est divisée en **DEUX** cases.

Case 1 :

- Les questions dans la « première case » représentent les compétences attendues « pour » ou « avant » l'âge indiqué.
- Répondez à chaque question par OUI ou NON
- Effectuer un renvoi s'il y a des réponses « non » dans cette case

Case 2 :

- Les questions dans la « deuxième case » font référence aux préoccupations liées aux communications atypiques et aux comportements qui surviennent parfois lorsqu'un enfant ne développe pas la communication comme prévu.
- Effectuez un renvoi s'il y a des réponses « oui » dans cette case.

**Liste de contrôle du Niagara Children's Centre pour les renvois vers les services d'orthophonie —
Jusqu'à l'âge de 6 mois**

Case 1 :

L'enfant peut-il ...	OUI	NON
Utiliser différents sons ou pleurer pour différents besoins (<i>p. ex. pour la faim, la fatigue, l'attention, etc.</i>)?		
Se tourner en direction de la source de sons?		
Sursauter en réponse à des bruits forts soudains, quand il est éveillé?		
Regarder votre visage pendant que vous parlez?		
Sourire et rire en réponse à vos sourires et rires?		
Faire des bruits tels que des roucoulements, des gargouillis et des couinements (pousser des petits cris)?		
Essayer de faire des sons lorsque vous faites des sons (<i>ce n'est pas nécessaire qu'il copie le son exactement</i>)?		

Case 2 :

L'enfant...	OUI	NON
1. Démontre-t-il un intérêt limité pour les gens (<i>p. ex., ses sourires, ses rires, son contact visuel et ses réponses aux paroles/expressions faciales/gestes d'une personne sont limités ; il semble plus intéressé par les objets que par les visages des gens</i>)?		
2. N'a-t-il plus les compétences sociales ou de communication qu'il avait auparavant (<i>p. ex., ne sourit plus et ne rit plus, ne fait plus de bruits</i>)?		

Veillez indiquer de manière concise si vous avez d'autres inquiétudes par rapport au développement de l'enfant :

Important: L'information dans cette section ne sera pas utilisée par l'Accueil Central au Niagara Children's Centre pour initier des renvois aux autres services offerts au Centre. Les renvois pour l'ergothérapie et/ou la physiothérapie doivent être complétés par une Consultante Ressources (CR) ou un docteur suivant les critères d'éligibilités et les processus établis.