



**Liste de contrôle du Niagara Children's Centre pour les renvois vers les services d'orthophonie — Jusqu'à l'âge de 15 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 orthophoniques 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 (sauf si indiqué par un \*, car les questions avec un \* doivent avoir au moins 1 autre réponse dans les cases 1 ou 2 qui justifient le renvoi).

**Liste de contrôle du Niagara Children's Centre pour les renvois vers les services d'orthophonie —  
Jusqu'à l'âge de 15 mois**

**Case 1 :**

<b>L'enfant peut-il ...</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Faire des sons pour attirer l'attention tout en regardant votre visage?		
Vous montrer ce qu'il veut par des gestes, y compris LES DEUX éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pointer vers quelque chose qu'il veut ET vous regarder pour que vous lui donniez?</li> <li>• Étendre les bras pour demander à être ramassé?</li> </ul>		
Utiliser des gestes pour communiquer pour DE NOMBREUSES raisons fréquemment tout au long de la journée, y compris pour BEAUCOUP des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Montrez ou apportez des objets pour inciter les autres à les regarder et/ou pointer vers des objets pour vous inciter à les regarder?</li> <li>• Envoyer la main?</li> <li>• Taper des mains?</li> <li>• Souffler des baisers?</li> </ul>		
Regarder un objet auquel vous pointez à l'autre bout de la pièce?		
Pointer vers, toucher ou aller chercher BEAUCOUP d'objets familiers qui se trouvent à proximité lorsque vous les nommez ( <i>p. ex., lorsque vous dites « montre-moi ta chaussure, ton chapeau, ton ballon, ta bouteille »</i> )?		
Suivre BEAUCOUP de directives simples en 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> )?		
Aimer 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> )?		
S'amuser à participer à des jeux interactifs avec des personnes utilisant des livres OU des jouets?		
Regarder 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 briser</i> )?		
Reconnaître, être excité et participer avec vous à BEAUCOUP d'activités de jeu familières ( <i>p. ex., peekaboo, jeux de chatouilles, chansons enfantines/comptines, jeu de chasse, etc.</i> )?		
Essayez de communiquer avec vous en combinant différents sons comme s'il parlait ( <i>p. ex., « abada baduh abee »</i> )?		

**Case 2 :**

<b>L'enfant...</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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> )?		

**Liste de contrôle du Niagara Children’s Centre pour les renvois vers les services d’orthophonie —  
Jusqu’à l’âge de 15 mois**

3. Utilise-t-il <u>souvent</u> la main d’une autre personne comme outil pour demander quelque chose ( <i>p. ex., place la main d’un adulte sur des objets pour demander l’ouverture de récipients ou pour activer des jouets</i> )?		
4. * Réagit-il fortement aux peurs inhabituelles ( <i>p. ex., craint les bruits, les objets en mouvement, les phénomènes météorologiques</i> ) ET ne cherche pas le réconfort/n’initie pas d’actions afin d’obtenir du réconfort auprès des adultes ( <i>p. ex., ne tend pas les bras vers le parent</i> )?		
5. * Bouge-t-il ses doigts, ses mains ou son corps d’une manière étrange ou répétitive ( <i>p. ex., agite répétitivement les mains, se raidit les doigts pendant le jeu ou berce son corps <u>fréquemment</u> tout au long de la journée</i> )?		
6. Démontre-t-il un intérêt limité pour les jouets, ou utilise-t-il les jouets/objets de manière inhabituelle, inattendue ou répétitive ( <i>p. ex., <u>ne fait qu’aligner</u> les jouets ou <u>ne fait qu’examiner</u> 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 toutes les pièces</i> )?		
<b>*4 &amp; 5</b> : doivent être accompagnés d’au moins 1 autre réponse positive/OUI dans n’importe quelle case pour justifier un renvoi.		

Veuillez 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.