Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Nom de famille:			
Prénom :			
N° de dossier :			
D.D.N. *(aaaa/mm/jj)* **:**		**Sexe :**	**M** ☐ **F** ☐
Programme :			

RÉFÉRENCE AU SERVICE DES AIDES TECHNOLOGIQUES – COMMUNICATION (SAT-COM)

Le SAT-COM effectue trois types d'évaluation :

Une évaluation de la ***communication directe (ou face à face)*** est privilégié pour les clients qui ne peuvent parler ou dont les habiletés langagières sont insuffisantes pour répondre à leurs besoins quotidiens (p. ex. : des clients dont la parole est difficile à comprendre). L'équipe du SAT-COM évaluera les aides à la communication aptes à remplacer ou à suppléer à la parole comme des interrupteurs, des livres d'images ou des appareils à synthèse vocale.

Une évaluation de la ***communication écrite*** est privilégiée pour les clients qui possèdent le niveau d'alphabétisation nécessaire pour produire des documents écrits, mais qui ne peuvent le faire en raison de limitations physiques. L'équipe du SAT-COM évaluera les aides technologiques pour produire des documents écrits, tels que les logiciels spécialisés, ainsi que les méthodes **alternatives** facilitant l'accès à un ordinateur (p. ex. : mini-clavier, manette, interrupteurs, etc.).

Une évaluation de ***l'usage d'un fauteuil roulant motorisé et/ou contrôle environnemental complexes*** est privilégiée pour les clients qui, en raison de mouvements volontaires limités, ont besoin d'aides technologiques aux fins de mobilité et de contrôle de leur environnement.

Veuillez indiquer la catégorie d'évaluation demandée :
(*cochez une ou plusieurs des boites ci-dessous*) :

☐ **Communication directe** (face à face) (remplir les sections A, B et E)

☐ **Communication écrite** (remplir les sections A, C et E)

☐ **Fauteuil roulant motorisé et/ou contrôle environnemental complexes** (remplir les sections A, D et E)

SECTION A – VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION POUR TOUTES LES REFÉRENCES

Agent référent : _____

Coordonnées : _____

L'enfant est-il présentement un client du Centre de réadaptation MAB-Mackay?

☐ Oui ☐ Non

Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Nom de famille :	
Prénom :	
N°·de dossier :	

1. Diagnostic/Déficience :
   (Veuillez cocher les boites applicables. Si vous cochez plus d'une boite, encerclez la principale)

   ☐ Paralysie cérébrale ☐ Retard développemental ☐ Trisomie 21
   ☐ Autisme /TED ☐ Spina Bifida ☐ Traumatisme crânien
   ☐ Dystrophie musculaire ☐ Arthrite ☐ Déficience de la parole/du langage
   ☐ Déficience visuelle ☐ Déficience auditive ☐ Autre : _____

   Est-ce que le diagnostic est considéré comme dégénératif (progression rapide)?
   ☐ Oui ☐ Non

2. Langue préférée pour l'évaluation : ☐ Français ☐ Anglais

   ☐ Aimerait avoir les services d'un interprète parlant le : _____

3. Est-ce que le client est capable de marcher? ☐ Oui ☐ Non

   Quelles sont les aides à la mobilité utilisées (si applicable)?

   ☐ Marchette ☐ Béquilles
   ☐ Fauteuil roulant ☐ Fauteuil roulant motorisé
   ☐ Autre : _____

   Si le client se déplace en fauteuil roulant, est-ce qu'une tablette y est attachée?
   ☐ Oui ☐ Non

   Si le client se déplace en fauteuil roulant motorisé, le dirige-t-il avec :

   ☐ Une manette ☐ Des interrupteurs à la tête ☐ Autre : _____

4. Est-ce que le client requiert une adaptation pour maintenir une position assise aux fins d'écriture, d'usage d'un ordinateur ou autre?

   ☐ Oui ☐ Non

5. Classement scolaire du client : (si applicable)

   ☐ Classe régulière (Année : _____) ☐ Classe spéciale

   École : _____ Commission scolaire:_____

   Adresse : _____
   _____

   N° de tél. : _____

Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Nom de famille :	
Prénom :	
N°·de dossier :	

6. Est-ce que le client a reçu des services des disciplines suivantes :

DISCIPLINE	NOME DE LA PERSONNE / AGENCE	N° DE TÉL.	DATE
Orthophonie			
Ergothérapie			
Physiothérapie			
Positionnement			
Réadaptation en déficience auditive			
Réadaptation en déficience visuelle			
Psychologie			
CRDI			
CLSC			
Autre			

7. Veuillez décrire toute problématique en lien avec :
   a. L'état de santé général : _____
   _____
   b. Vision : _____
   _____
   c. Audition : _____
   _____
   d. Épilepsie: _____
   _____
   e. Comportement : _____
   _____
   f. Autre : _____
   _____

8. Quel objectif souhaitez-vous atteindre en référant votre client au SAT-COM :

_____

_____

_____

Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Nom de famille :	
Prénom :	
N°·de dossier :	

SECTION B – VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI LA RÉFÉRENCE EST FAITE AUX FINS D'UNE ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION DIRECTE (FACE À FACE)

1. Quel moyen de communication le client utilise t'il principalement pour communiquer?
   (Veuillez cocher les boites applicables. Encerclez le moyen principal)

	À la maison	**À l'école**
Parole	☐	☐
Gestes	☐	☐
Images ou symboles	☐	☐
Sons ou bruits	☐	☐
Langue des signes	☐	☐
Livre de communication/tableau de lettres	☐	☐
Expression du visage	☐	☐
Répond oui/non aux questions posées	☐	☐
Autre : _____	☐	☐

2. À quelles fins le client communique-t-il principalement?
   (Veuillez cocher les boites applicables)

	Exemple	**À la maison**	**À l'école**
Salutations		☐	☐
Demande d'attention		☐	☐
Initier une interaction		☐	☐
Acceptation/refus		☐	☐
Faire un choix		☐	☐
Demande d'assistance		☐	☐
Demande d'objet/action		☐	☐
Commentaires		☐	☐
Partage d'informations		☐	☐
Poser des questions		☐	☐
Répondre aux questions		☐	☐

3. Veuillez indiquer ce que le client est capable de comprendre (*veuillez cocher les boites applicables*) :

   ☐ Cause et effet
   ☐ Les noms des personnes qui lui sont familières
   ☐ Les noms des objets ou des routines qui lui sont familiers
   ☐ Le consignes simples *(p.ex. : assieds-toi, viens ici)*
   ☐ Les concepts abstraits *(p. ex. : les couleurs)*
   ☐ Les catégories (*p. ex. : les animaux; les aliments*)
   ☐ Les conversations

4. Veuillez donner une idée générale du fonctionnement de la main du client (*veuillez cocher les boites applicables*) :

   ☐ Peut pointer du doigt
   ☐ Peut pointer de la main
   ☐ Peut atteindre
   ☐ Peut saisir
   ☐ Aucun usage fonctionnel de la main

5. Le client a-t-il déjà fait usage d'un ordinateur ou d'un autre dispositif informatique (p. ex. : tablette IPad) ? Si oui, quel type d'accès a-t-il utilisé? (*veuillez cocher les boites applicables*) :

   ☐ Clavier standard
   ☐ Souris
   ☐ Écran tactile
   ☐ Interrupteurs
   ☐ _____

SECTION C – VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI LA RÉFÉRENCE EST FAITE AUX FINS D'UNE ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION ÉCRITE

1. Veuillez donner une idée du niveau d'alphabétisation du client (*veuillez cocher les boites applicables*) :

   ☐ Identifie sans aide toutes les lettres de l'alphabet
   ☐ Épelle sans aide les mots qui lui sont familiers (*p.ex. : maman, chat, chien*)
   ☐ Écrit sans aide des mots et des phrases

2. Quels sont les besoins d'écriture du client?

	À la maison	**À l'école**
Devoirs	☐	☐
Correspondance	☐	☐
Listes	☐	☐
Cartes/invitations	☐	☐
Travaux	☐	☐
Autre (*veuillez spécifier*)*:* _____	☐	☐

3. Comment répond-on présentement aux besoins d'écriture du client?
   a. À la maison : _____
   _____
   b. À l'école : _____
   _____

4. Quelles sont les limitations affectant la méthode de communication écrite présentement employée par le client?

   ☐ Lisibilité ☐ Vitesse ☐ Effort ☐ Fatigue ☐ Motivation

   ☐ Autre:_____

5. Veuillez donner une idée générale du fonctionnement de la main du client :

	Main droite	**Main gauche**
Peut atteindre	☐	☐
Peut pointer de l'index	☐	☐
Peut isoler certains mouvements des doigts	☐	☐
Peut isoler tous les mouvements des doigts	☐	☐
Aucun usage fonctionnel de la main	☐	☐

6. Le client a-t-il déjà fait usage d'un ordinateur ou d'un autre dispositif informatique (p. ex. : tablette IPad) ? Si oui, quel type d'accès a-t-il utilisé? (*veuillez cocher les boites applicables*) :

   ☐ Clavier standard
   ☐ Souris
   ☐ Écran tactile
   ☐ Commutateurs
   ☐ _____

SECTION D – VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI LA RÉFÉRENCE AUX FINS D'UNE ÉVALUATION DE L'USAGE DU FAUTEUIL ROULANT MOTORISÉ ET/OU CONTRÔLE ENVIRONNEMENTAL COMPLEXES

1. Quels sont les contrôles de fauteuil roulant ou environnementaux qui ont été essayés auparavant?

   ☐ Manette ☐ Interrupteurs ☐ Contrôle de tête ☐ Aspirer/souffler
   ☐ Autre : _____

2. Veuillez indiquer les facteurs limitant l'usage de ces contrôles :

   ☐ Vitesse ☐ Effort ☐ Fatigue ☐ Motivation ☐ Variabilité
   ☐ Autres : _____

3. Sur quelle partie du corps votre enfant exerce-t-il le plus de contrôle volontaire ?

   ☐ Doigts ☐ Main ☐ Coude ☐ Tête ☐ Genou ☐ Pied
   ☐ Autre : _____

4. Qu'aimeriez-vous que votre enfant puisse contrôler au moyen d'une aide technologique?

   ☐ Fauteuil roulant motorisé ☐ Télé/DVD ☐ Radio/CD/IPOD ☐ Lumières
   ☐ Portes ☐ Autre : _____

5. Est-ce que votre maison est accessible? ☐ Oui ☐ Non _____

6. Possédez-vous une fourgonnette adaptée? ☐ Oui ☐ Non _____

Centre de réadaptation MAB-MACKAY Rehabilitation Centre

Nom de famille :	
Prénom :	
N°·de dossier :	

SECTION E – VEUILLEZ AJOUTER TOUTE AUTRE INFORMATION OU TOUT AUTRE COMMENTAIRE PERTINENTS. AU BESOIN, DÉCRIRE CE QUI A ÉTÉ ESSAYÉ AUPARAVANT.

(ex. : on a introduit récemment l'enfant aux images; l'enfant utilise un interrupteur pour le cause et effet; on aimerait maintenant amorcer l'usage de deux interrupteurs, etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Signature du thérapeute référent ou du parent Date

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé par l'agent référent au :

Service des aides technologiques - Communication (SAT-COM)
Centre de réadaptation MAB-Mackay
3500, boul. Décarie
Montréal, Québec H4A 3J5
Tél. : 514 488-5552, poste 2202 – Téléc. : 514 482-4536

Veuillez annexer la demande de services et les rapports de thérapie les plus récents (ex. : ergothérapie, orthophonie, psychologie).

Nous communiquerons avec vous sur réception du formulaire de référence.