



uOttawa

Université d'Ottawa | University of Ottawa

Faculté des sciences de la santé | Faculty of Health Sciences

Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaires |

- Réadaptation
- Promotion de la santé

Services aux enfants d'âge scolaire

Vous êtes un candidat idéal pour la clinique universitaire si...

- ✓ votre enfant est âgé de 8-12 ans en 2011-12 (né entre le 1 septembre 1999 et le 30 juin 2004)
- ✓ vous souhaitez améliorer la capacité de votre enfant à réaliser des activités journalières
- ✓ l'enfant peut recevoir des services en français et quelqu'un à la maison peut faire le suivi en français
- ✓ l'enfant n'est pas admissible aux services actuels ou en attente de services
- ✓ vous acceptez que votre enfant reçoive des services par des stagiaires, supervisés par des professionnels de la santé réglementés
- ✓ les besoins de votre enfant correspondent aux besoins de formation et de recherche de la clinique universitaire décrits ci-dessous

Les besoins de formation et de recherche et les clientèles priorisées pour 2011- 2012

La Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaires est un milieu de formation et de recherche pour les étudiants en sciences de la santé et les professeurs de cette faculté. Nos services sont offerts dans un contexte de formation universitaire, où ce sont majoritairement les étudiants qui fournissent les services, sous la supervision d'éducatrices cliniciennes membres d'un ordre professionnel. Ces services permettent aux étudiants de développer diverses compétences professionnelles propres à leur profession, de même que des compétences du travail en équipe et de la collaboration de plusieurs professions pour l'atteinte des buts des clients. Des activités additionnelles peuvent être offertes dans le cadre de projet de recherche.

Pour l'année 2011-2012, la Clinique universitaire interprofessionnelle en soins de santé primaires prévoit offrir les services suivants :

- 1) Enfants qui ont des difficultés de participation scolaire (apprentissage de la lecture, de l'écriture et des mathématiques, difficultés dans les jeux et les sports) (20 enfants de 8 à 12 ans)**
 - Évaluation complète incluant : troubles du traitement de l'audition (audiologie), langage oral et écrit (orthophonie), motricité globale et fine (ergothérapie et/ou physiothérapie), habiletés perceptuelles et intégration visuo-motrice (ergothérapie).
 - Interventions : selon les besoins identifiés lors de l'évaluation, l'enfant pourra recevoir de 1 à 8 séances individuelles ou de groupe dans chacun des domaines où des soins sont requis.
- 2) Enfants qui ont des difficultés de coordination qui ne proviennent pas d'une condition neurologique comme autisme, trouble envahissant du développement, déficience motrice cérébrale ou dystrophie, etc. (6 enfants de 8 à 12 ans)**
 - Évaluation de la motricité globale et fine (ergothérapie et physiothérapie), et autres évaluations selon les besoins de l'enfant.
 - Intervention au printemps 2012 selon l'approche CO-OP, dans le cadre d'un groupe parascolaire hebdomadaire d'une durée de 8 à 10 semaine et nécessitant la participation de l'enfant et du parent.
 - Sur réception de formulaire de référence, les parents seront contactés par téléphone pour répondre à un questionnaire de dépistage des troubles d'acquisition de la coordination qui déterminera si leur enfant est admissible pour cette intervention de groupe.
- 3) Enfants qui ont des difficultés auditives (les enfants de 5 à 18 ans sont éligibles)**
 - Évaluation de l'audition périphérique
 - Test de traitement de l'audition (à partir de 7 ans), (environ 10-15 enfants/année)
 - Intervention selon les besoins identifiés lors de l'évaluation
 - Suivi et recommandations au besoin

Veillez prendre connaissance des règles de fonctionnement suivantes :

Liste d'attente

La Clinique universitaire interprofessionnelle accepte seulement le nombre de demandes nécessaire à l'atteinte des besoins de formation des étudiants au cours d'une année. ***Malheureusement, lorsque les nombres visés sont atteints pour chacune des catégories de services, les listes d'attente pour ces catégories sont fermées pour l'année.***

Gestion des rendez-vous

Première évaluation

Lorsqu'une place sera disponible, nous vous appellerons pour fixer un premier rendez-vous. Si nous n'arrivons pas à vous joindre après 2 essais par chacune des deux méthodes que vous avez indiquées, nous vous enverrons une lettre vous demandant de nous appeler. Si nous n'avons pas de vos nouvelles 3 semaines après l'envoi de cette lettre, votre dossier sera fermé.

Absence à un rendez-vous accepté

Parce que vous participez au processus de formation des étudiants, toute absence doit être motivée au moins 48 heures à l'avance. Ce délai est nécessaire pour nous permettre d'offrir un rendez-vous à un autre client. Une absence non-motivée entraîne une perte d'une occasion d'apprentissage pour l'étudiant qui est présent et vous attend. Après deux absences non motivées dans les délais requis, votre dossier sera fermé.

Frais pour les services :

Dans le passé, les services ont été offerts gratuitement grâce à un appui de subventions gouvernementales de développement, mais que l'on prévoit plus limitées dans un futur proche. Nous étudions la possibilité de commencer à facturer des frais aux clients. Comme c'est le cas habituellement dans les cliniques universitaires, ces frais seront inférieurs aux coûts du marché pour des services similaires. Lorsque des frais seront en vigueur, vous serez informés des montants en jeu avant le début des services à votre enfant.

Pour faire une demande de services, veuillez soumettre le formulaire de référence dûment rempli à :

Clinique universitaire interprofessionnelle
600 Peter Morand Crescent, pièce 113
Ottawa, ON K1G 5Z3
Tél. : 613-562-5800 poste 8037
Fax : 613-562-5489
Courriel : clinique@uottawa.ca

Formulaire de référence- Enfant

Informations personnelles :

Prénom de l'enfant : _____ Nom de l'enfant : _____

Nom du/des parent/s : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Âge au moment de la référence : _____

Numéro de la carte d'assurance-maladie : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Personne à contacter pour fixer les rendez-vous : mère père Autres, préciser : _____

_____ (Nom)
Téléphone : (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____

Courriel : _____

Méthode préférée pour fixer les rendez-vous (indiquer 2 choix) :

Maison Travail Cellulaire Courriel

Source de référence (qui vous a parlé de notre clinique ?): _____

Signature : _____ Parent Autres, préciser : _____
Personne qui remplit le formulaire

Langue d'usage de l'enfant: français anglais bilingue (anglais et français)
autre, préciser : _____

Langue principale à la maison : du père : _____ de la mère : _____
autre : _____

Langue principale à l'école : _____

Si la langue principale à la maison n'est pas le français, y a-t-il un adulte qui peut faire les suivis en français (ex : pratiquer les exercices de langage) avec l'enfant à la maison?

Mon enfant éprouve de la difficulté à (*S.V.P. inclure des détails sur les lignes, si pertinents):

- réaliser ses soins personnels (ex : habillage, alimentation, routine quotidienne) _____
- réaliser des tâches scolaires
 - la lecture et la compréhension de texte _____
 - l'écriture
 - la grammaire et l'orthographe _____
 - la formation de lettre et l'exécution de la motricité fine _____
- entendre (ex : fait souvent répéter, sensible aux sons forts, mêle les mots entendus) _____
- comprendre la parole orale dans le bruit _____
- s'exprimer verbalement
 - fluidité, bégaiement _____
 - prononciation _____
 - langage (vocabulaire, etc.) _____
- se concentrer (ex : dans le bruit) _____
- maintenir son attention lors de tâches (ex : facilement distrait) _____
- retenir l'information (ex : oublie les consignes, difficulté à apprendre des comptines) _____
- participer à des activités physiques (ex : courir, sauter, attraper un ballon, bicyclette, participer aux sports, descendre les escaliers) _____
- participer à des activités de loisirs _____

Besoin principal / motif de la demande (vous pouvez indiquer 2 catégories) :

- 1) Enfants de 8 à 12 ans qui ont des difficultés de participation scolaire (lecture et écriture, mathématiques, jeux et sports)
- 2) Enfants de 8 à 12 ans qui ont des difficultés de coordination motrice (l'enfant sera admis seulement après l'analyse des réponses du parent à un questionnaire de dépistage des troubles d'acquisition de la coordination)
- 3) Évaluation de l'audition périphérique (enfants de 5 à 18 ans)
- 4) Tests de traitement de l'audition (enfants de 7 à 18 ans)

Expliquer la principale difficulté de l'enfant : _____

Reliée à quelle condition ? _____

Diagnostic(s) médical(aux) pertinent(s) : _____

Autres renseignements

Audition : testée récemment (date) _____ prothèses auditive : non oui : droite gauche
histoire d'otites tubes MF (système modulation fréquentielle)
Vision : testée récemment (date) _____ normale verres correcteurs

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? _____

Votre enfant souffre-t-il d'autres conditions qui nécessiteraient que nous prenions des précautions lors de ses traitements? _____

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? _____

Services: décrivez les services que votre enfant a déjà reçus, qu'il reçoit ou pour lesquels vous êtes en attente (ex : otorhinolaryngologie (ORL), psychologie, ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, orthopédagogie)

Antérieurs : _____

Courants : _____

En attente : _____

Centre d'accès aux soins communautaires (CASC):

Est-ce votre enfant a déjà eu des services du CASC : non oui

Est-ce votre enfant est en attente de services au CASC : non oui

Si oui, est-ce que vous nous permettez de communiquer avec le CASC afin d'obtenir de l'information sur votre enfant :

Signature

Si votre enfant a déjà été évalué pour des problèmes reliés à ceux pour lesquels vous demandez nos services, joindre les rapports d'évaluation pertinents. Préciser lesquels : _____

Recherche universitaire

Si ma demande de référence est acceptée, j'accepte d'examiner les offres de participation à des projets de recherche qui me seront présentées. De plus amples détails me seront donnés lors de la première visite à la Clinique afin que je puisse faire un consentement éclairé.

Signature

Pour l'usage de la Clinique universitaire interprofessionnelle seulement

Demande : acceptée refusée date : _____ signature : _____

Appel au Parent/proche aidant pour l'informer de la décision

Date du contact avec le parent : _____ temps d'attente prévu : _____

Signature de la personne qui a fait l'appel : _____