

Approche à trois volets

Sommaire du formulaire Répondre aux préoccupations liées à la vision et à l'ouïe

Three-Pronged Approach (TPA)

Summary Form Addressing Vision and Hearing Concerns

I. ENTRETIEN AVEC LE PARENT/TUTEUR

- A. Le parent/tuteur a des préoccupations au sujet de la vision et/ou de l'ouïe de l'enfant à l'heure actuelle :
 Non Oui

Si oui, la préoccupation est liée à :

- Vision Ouïe Discours/Langage (nécessité d'exclure la perte auditive)

- B. Décrivez les préoccupations concernant le développement des capacités auditives ou visuelles de l'enfant :

- C. Notez les facteurs dans les antécédents familiaux ou médicaux qui pourraient indiquer un risque plus élevé de problèmes d'audition/de vision :

Résultats du dépistage final des troubles auditifs chez les nouveau-nés : Réussite Non réussie/Renvoi
 manqué/non effectué Inconnu

Résultats d'une évaluation préalable par un professionnel de la vue, un optométriste ou un ophtalmologiste :

II. LISTE DE CONTRÔLE DES COMPÉTENCES DE PERFECTIONNEMENT

(Décrivez toute compétence préoccupante pour l'âge de l'enfant)

A. Liée à la vue

B. Liée à l'audition

III. OBSERVATIONS

(Décrire les observations qui pourraient indiquer un risque plus élevé de problèmes de vision/d'audition)

SUITE DE LA PROCÉDURE

L'enfant a été orienté vers l'ESIT avec un diagnostic préalable : Sourds/malentendants (DHP)
 Aveugles/malvoyants (BLV) Sourd et aveugle (DB) (et) La famille a été référée à des services spécialisés appropriés tels que documentés dans l'IFSP :

DHH BLV WSDS/DB consultation

1. Nous n'avons aucune préoccupation concernant la vision ou l'audition de l'enfant pour le moment, d'après les résultats de l'APT.

2. Nous avons identifié des facteurs de risque élevés, des signes et/ou des observations pour :

Vision Audition Remarque : Ces préoccupations et un plan de suivi seront pris en compte dans l'IFSP.
Les mesures prises et les résultats seront discutés lors de l'examen semestriel.

Option de suivi recommandée :

Orientation vers un ophtalmologiste/optométriste pédiatrique , ou un audiologiste pédiatrique pour une évaluation plus poussée, après approbation du médecin de soins primaires, si nécessaire.

Parent/Tuteur

Date

FRC/ Prestataire

Date

Copier vers : Prestataire de soins primaires, parent, dossier

Nom de l'enfant :		Date de naissance :	
Parent/soignant :		Téléphone :	
FRC/Prestataire :		Médecin de soins primaires :	

L'approche à trois volets a été développée par **Washington Sensory Disabilities Services** pour ESIT
Pour plus d'information, rendez-vous sur www.wds.wa.gov et sélectionnez : « Demander de l'aide »