

Formulaire d'IP-01

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Avis et consentement écrits préalables pour l'évaluation de la croissance

L'évaluation de la croissance permet de déterminer si votre enfant souffre d'un éventuel retard de croissance. Cette évaluation implique la collecte d'informations auprès de vous, des parents, ainsi que d'autres personnes de votre choix, et l'utilisation d'un outil de dépistage qui couvre tous les domaines du développement. Elle peut également nécessiter que votre enfant soit mis en observation. Vous pouvez demander une évaluation de la croissance à tout moment, peu importe le résultat du dépistage. Vous devez recevoir un avis écrit au moins 10 jours avant l'évaluation.

Mon coordinateur de services m'a fourni toutes les informations relatives à l'évaluation de la croissance et m'a expliqué mes droits en tant que parent, notamment celui de donner mon consentement. Je dispose d'une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont disponibles si j'ai des doléances concernant l'intervention précoce (IP). Je reconnais et accepte l'évaluation de la croissance de mon enfant. Je sais que mon consentement est volontaire et qu'il peut être retiré à tout moment.

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je reconnais et accepte de renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant l'activité proposée.

Initiales du parent

Date

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-02

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Avis et consentement écrits préalables pour l'évaluation et l'examen de la croissance

L'**évaluation de la croissance** est effectuée par une équipe d'intervention précoce (IP)— composée d'un ou de plusieurs professionnels — afin de déterminer si votre enfant est éligible lorsqu'aucune maladie admissible n'est confirmée.

L'**évaluation de votre enfant**, souvent réalisée simultanément, vise à comprendre la participation de votre enfant aux routines et activités quotidiennes de votre famille. L'évaluation et l'examen impliquent :

- un examen des dossiers importants, notamment les dossiers médicaux que vous acceptez de divulguer;
- l'observation de votre enfant,
- Des informations relatives à la croissance de votre enfant, y compris sa participation aux routines et activités quotidiennes
- L'utilisation des outils d'évaluation et d'examen qui renseignent sur la croissance de votre enfant en matière de communication, d'adaptation/d'autogestion, de résolution des problèmes sur les plans social, émotionnel, cognitif, moteur, visuel et auditif.

Lors de l'**évaluation réalisée par la famille**, vous devez exprimer vos **préoccupations** et vos **priorités** afin de faciliter l'intégration de votre enfant dans vos activités quotidiennes. Vous discuterez des ressources **potentielles** dont vous disposez ou pourriez avoir besoin pour soutenir la croissance de votre enfant.

Si votre enfant est jugé éligible, les informations concernant son évaluation et son examen, ainsi que l'évaluation réalisée par la famille, sont utilisées pour élaborer le Plan de service familial individualisé (IFSP), et pour déterminer les services d'intervention précoce (IP) nécessaires au soutien qu'on vous apporte. Vous devez recevoir un avis écrit au moins 10 jours avant l'évaluation et l'examen de votre enfant.

Nous vous proposons de (cocher toutes les cases appropriées) :

- Indiquez l'éligibilité de votre enfant à l'intervention précoce (IP) en effectuant une évaluation **de la croissance**.
- Indiquez les points forts et les besoins de votre enfant à travers une évaluation de **sa croissance**.
- Indiquez vos préoccupations, vos priorités et vos ressources en matière de soutien à la croissance de votre enfant à travers **une évaluation réalisée par la famille**

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je reconnais et accepte de renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant l'activité proposée.

Initiales du parent

Date

Mon coordinateur de services m'a communiqué toutes les informations concernant l'évaluation et/ou l'examen de mon enfant ainsi que l'évaluation réalisée par la famille et m'a expliqué mes droits en tant que parent, notamment celui de donner mon consentement. Je dispose d'une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je sais que pour que mon enfant soit pris en charge par le système d'intervention précoce (IP), l'éligibilité doit être déterminée et mon enfant doit être évalué. Je sais également que ma décision concernant l'évaluation faite par la famille n'a pas d'incidence sur l'éligibilité de mon enfant aux services d'intervention précoce (IP). Je sais que mon consentement est volontaire et qu'il peut être retiré à tout moment.

Je consens à _____ l'évaluation de mon enfant _____ à l'examen de mon enfant, à _____ l'examen réalisé par la famille.
(Initiales) (Initiales) (Initiales)

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-03

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de
naissance
de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro ETID

Avis écrit préalable relatif à l'éligibilité

Âge de l'enfant

Âge ajusté (le cas échéant)

Date de détermination de l'éligibilité

Motif(s) de la saisine

Statut d'éligibilité

- Votre enfant est éligible à l'intervention précoce de l'Ohio (IP)** à cause d'une affection physique ou mentale diagnostiquée pouvant sérieusement entraîner un retard de croissance. *

Maladie diagnostiquée :

Documentation utilisée pour confirmer le diagnostic :

(* Si votre enfant est éligible à l'intervention précoce (IP) à cause d'une affection diagnostiquée, le reste de cette page ainsi que la page 2 ne seront pas renseignés.)

- Votre enfant est éligible à l'intervention précoce de l'Ohio (IP)** en raison d'un retard de développement, tel que déterminé par l'équipe d'évaluation de l'IP, à travers **

les résultats d'un outil d'évaluation ou un avis clinique éclairé, dans le(s) domaine(s) suivant(s):

- Communication expressive Social/émotionnel Motricité fine Adaptation
 Communication réceptive Cognition Motricité globale

- Votre enfant n'est PAS éligible à l'intervention précoce de l'Ohio (IP).** Il a été évalué par une équipe pluridisciplinaire et ne présente aucun retard, d'après les résultats de l'évaluation et l'avis clinique de cette équipe. **

Méthodes utilisées pour déterminer le statut d'éligibilité

Date de réalisation

(** À remplir uniquement si l'enfant est éligible en raison d'un retard de développement ou s'il est non-éligible)

- Examen des antécédents de l'enfant à travers les dossiers médicaux, scolaires et autres
- Examen des antécédents de l'enfant à travers un entretien avec les parents ou la famille
- Observation
- Outil d'évaluation
 - Échelles de Bayley pour le développement du nourrisson et du jeune enfant
 - Inventaire de développement de Battelle
- Liste de contrôle pour l'audition
- Liste de contrôle de l'audition
- Autre (facultatif) :



Synthèse des résultats de l'évaluation

Membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire

Nom de l'évaluateur :

Téléphone :

Courriel :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Nom de l'évaluateur :

Téléphone :

Courriel :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Nom de l'évaluateur :

Téléphone :

Courriel :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
-

Si votre enfant est éligible à l'intervention précoce de l'Ohio :

L'IP de l'Ohio propose de collaborer avec vous pour élaborer un Plan de service familial Individualisé (IFSP), comportant les « résultats » (ou objectifs) ainsi que les services d'intervention précoce nécessaires pour atteindre ces objectifs. Lorsque l'IP de l'Ohio détermine que votre enfant est éligible, vous devez recevoir un préavis écrit au moins dix jours avant le début ou la modification de tout service d'intervention précoce qui sera intégré à votre plan familial lors d'une réunion IFSP. Si vous le souhaitez, vous pouvez renoncer au délai de dix jours avant le début d'un service d'intervention précoce en le notifiant dans la section 6 de l'IFSP.

Votre coordinateur de services de l'IP travaillera avec vous pour organiser une réunion IFSP.

Nom du coordinateur de services

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Si votre enfant n'est PAS éligible à l'intervention précoce de l'Ohio :

Cela signifie que votre enfant démontre actuellement des compétences et des comportements comparables à ceux des enfants de son âge.

L'IP de l'Ohio prévoit de retirer votre enfant du système d'intervention précoce au plus tôt 10 jours après la date u présent avis. Dans les cases ci-dessous, l'équipe d'évaluation a formulé des recommandations pour encourager le développement de votre enfant tout en proposant des soutiens et des ressources communautaires potentiels qui pourraient être bénéfiques pour votre famille.

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure sur les droits des parents concernant l'IP est jointe. Veuillez contacter votre coordinateur de services de l'IP si vous avez des questions ou si vous contestez ces résultats. Vous pouvez aussi contacter le coordonnateur des services si vous avez d'autres préoccupations au sujet de la croissance de votre enfant avant l'âge de trois ans.

Nom du coordinateur de services

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Aides et ressources communautaires susceptibles de vous intéresser :

Idées et suggestions pour favoriser le développement de votre enfant :



Formulaire d'intervention précoce (IP)-04 : Plan de service familial individualisé (IFSP)

Type et date de l'IFSP	<input type="checkbox"/> Initial _____	<input type="checkbox"/> Périodique _____	<input type="checkbox"/> Périodique _____	Numéro ETID
	<input type="checkbox"/> Annuel _____	<input type="checkbox"/> Périodique _____	<input type="checkbox"/> CPT _____	

Rubrique 1 : Informations sur l'enfant et la famille

Prénom de l'enfant	Nom de famille	Surnom	Date de naissance
Langues parlées à l'enfant	Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Race et ethnie de l'enfant	District scolaire de résidence de l'enfant
Nom du parent	Adresse		Est-ce que l'enfant vit avec (vous/tuteur) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Relation avec l'enfant si ce n'est un parent biologique ou adoptif	Téléphone: téléphone portable (TP) ; Téléphone du domicile (TD) ; Téléphone professionnel (TPf)		
Adresse électronique	Mode de contact préféré <input type="checkbox"/> Appel <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> SMS	Heures de contact préférées	
Nom du parent	Adresse	Est-ce que l'enfant vit avec (vous/tuteur) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Relation avec l'enfant si ce n'est un parent biologique ou adoptif	Téléphone: téléphone portable (TP) ; Téléphone du domicile (TD) ; Téléphone professionnel (TPf)		
Adresse électronique	Mode de contact préféré <input type="checkbox"/> Appel <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> SMS	Heures de contact préférées	

Autres informations importantes concernant la famille
(tout ce que vous voulez que l'équipe sache sur la culture, les croyances spirituelles ou les conditions de vie de votre famille)

Section 2 : informations concernant le coordonnateur des services d'intervention précoce

Votre coordonnateur des services d'intervention précoce (IP) est l'unique interlocuteur pour mener les activités suivantes au cours de votre participation à l'IP :

- expliquer et garantir vos droits relatifs à l'IP ;
- coordonner l'éligibilité initiale et actuelle de votre enfant ;
- coordonner les rencontres liées au Plan de service familial individualisé (IFSP) et celles que vous sollicitez dans les délais requis ;
- aider l'équipe IFSP dans l'élaboration des objectifs fonctionnels qui reflètent vos préoccupations et priorités ;
- vous aider à identifier, à obtenir, à financer et à contrôler les services d'IP nécessaires ;
- vous aider à localiser et à vous connecter à d'autres aides et ressources dont vous avez besoin ;
- faciliter l'élaboration d'un plan de transition avant l'âge de trois ans.

Nom du Coordinateur des services d'IP	Numéro de téléphone	Courriel
Nom de l'agence	Nom et coordonnées du superviseur	

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 3 : évaluation de l'enfant et de la famille

Date de réalisation :

Évaluation de l'enfant

Examen réalisé par la famille

Lors de l'évaluation de votre enfant et de celle réalisée par votre famille, l'équipe d'évaluation a recueilli des informations provenant de diverses sources. Ces informations sont résumées dans les pages suivantes et serviront de base à l'élaboration de résultats et à l'identification des stratégies et des activités visant à répondre aux besoins de votre enfant et de votre famille.

Les activités suivantes pour l'évaluation de l'enfant ont été menées ou réalisées

Date de réalisation

- Révision des documents d'éligibilité
- Examen des antécédents de l'enfant à travers les dossiers médicaux, scolaires et autres
- Examen des antécédents de l'enfant à travers un entretien avec les parents ou la famille
- Collecte des informations auprès des personnes qui s'occupent de l'enfant, des membres de la famille et/ou d'autres personnes afin de comprendre l'ensemble des points forts et des besoins particuliers de l'enfant.
- Identification du niveau de fonctionnement de l'enfant dans le contexte des routines et activités quotidiennes de la famille.
- Liste de contrôle pour l'audition
- Liste de contrôle de l'audition
- Autre (facultatif) :

Rapport des antécédents de l'enfant

Il s'agit d'un résumé des informations pertinentes recueillies lors de l'entretien avec les parents et dans les dossiers médicaux, éducatifs ou autres, notamment les antécédents de naissance, l'âge de la grossesse, les affections médicales ou les diagnostics, les maladies, les hospitalisations, les médicaments, l'état/les dépistages de la vision et de l'audition, les besoins en matière d'alimentation/de nutrition, et d'autres informations relatives au développement.

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Résumé des activités et routines quotidiennes

Les plus beaux moments de la journée avec votre enfant

Activité/Routine	Qui est concerné ?	Qu'est-ce qui fait que l'activité/la routine se déroule bien ?

Les moments les plus difficiles ou frustrants de la journée avec votre enfant

Activité/Routine	Qui est concerné ?	Qu'est-ce qui rend l'activité/la routine difficile ?

Rapport sur le développement de votre enfant

Les enfants développent des compétences dans trois domaines fonctionnels, communément désignés les « Trois objectifs de l'enfant » : (1) développer des compétences positives, sociales et émotionnelles ; (2) acquérir et utiliser des connaissances et des compétences ; et (3) prendre des mesures appropriées pour répondre à leurs besoins. Votre équipe a rassemblé des informations grâce à l'observation, à l'entretien avec la famille, à l'examen des dossiers de votre enfant et aux informations que vous avez communiquées sur la participation de votre enfant aux activités et aux routines de la famille. Ces rapports sur les niveaux actuels de développement de votre enfant représentent ses forces et ses besoins individuels en rapport avec ses pairs du même âge. Ce lien fournit de plus amples informations sur la répartition des compétences fonctionnelles pour chacun des [« Trois objectifs de l'enfant »](#).

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Développer des compétences positives, sociales et émotionnelles

Rapport sur la manière dont votre enfant interagit et joue avec la famille, les autres adultes et autres enfants. Ce rapport présente la manière dont l'enfant (1) montre son affection aux membres de la famille, (2) comprend et utilise son nom et les noms des autres, (3) transmet des salutations, (4) joue avec des adultes et des autres enfants qu'il connaît ou ne connaît pas, (5) défend les objets à sa possession et partage avec les autres, (6) exprime ses sentiments et se calme lorsqu'il est contrarié, et (7) participe aux règles et aux jeux sociaux, comme jouer à cache-cache, chanter des chansons, danser, faire semblant de jouer, et jouer à tour de rôle.

Pour l'IFSP annuel et à la sortie - votre enfant a-t-il démontré de nouvelles compétences ou de nouveaux comportements liés au développement de compétences socio-émotionnelles positives depuis la dernière évaluation sur les objectifs de l'enfant ? Oui Non

Rapport sur les objectifs de l'enfant (COS), votre enfant - par rapport à ses pairs du même âge :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises d'un enfant beaucoup plus jeune dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise parfois les compétences requises en fonction de son âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise de nombreuses compétences requises pour cet âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises dans ce domaine. Cependant, quelques inquiétudes persistent. |
| | <input type="checkbox"/> Utilise toutes les compétences requises dans ce domaine. |
-

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Acquisition et utilisation des connaissances et des compétences

Il s'agit d'un rapport sur la manière dont votre enfant joue, apprend de nouvelles choses et communique ce qu'il sait aux autres. Ce rapport présente la manière dont l'enfant (1) observe et apprend des autres, (2) résoud des problèmes, (3) analyse de nouvelles informations, (4) s'engage dans des jeux ciblés, (5) « lit » des livres, (6) comprend des instructions et (7) utilise des gestes, des mots ou des signes pour parler aux autres et répondre aux questions.

Pour l'IFSP annuel et à la sortie - votre enfant a-t-il démontré de nouvelles compétences ou de nouveaux comportements liés au développement de compétences socio-émotionnelles positives depuis la dernière évaluation sur les objectifs de l'enfant ? Oui Non

Rapport sur les objectifs de l'enfant (COS), votre enfant par - rapport à ses pairs du même âge :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises d'un enfant beaucoup plus jeune dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise parfois les compétences requises en fonction de son âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise de nombreuses compétences requises pour cet âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises dans ce domaine. Cependant, quelques inquiétudes persistent. |
| | <input type="checkbox"/> Utilise toutes les compétences requises dans ce domaine. |
-

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Utilisation des mesures appropriées pour répondre aux besoins

C'est un rapport sur la manière dont votre enfant se déplace volontairement, aide à prendre soin de lui-même et communique ce qu'il veut et ce dont il a besoin. Ce rapport présente la manière dont l'enfant (1) se déplace d'un endroit à l'autre, (2) mange et boit, (3) s'habille et se déshabille, (4) dort pendant la sieste et la nuit, (5) participe au bain, au changement des couches et à la toilette, (6) suit les instructions relatives à la sécurité et (7) communique ses désirs et ses besoins à d'autres personnes.

Pour l'IFSP annuel et à la sortie - votre enfant a-t-il démontré de nouvelles compétences ou de nouveaux comportements liés à l'utilisation des mesures appropriées pour répondre aux besoins depuis la dernière évaluation sur les objectifs de l'enfant ? Oui Non

Rapport sur les objectifs de l'enfant (COS), votre enfant par - rapport à ses pairs du même âge :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises d'un enfant beaucoup plus jeune dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise parfois les compétences requises en fonction de son âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise de nombreuses compétences requises pour cet âge. Présente les mêmes aptitudes qu'un enfant plus jeune dans ce domaine. |
| <input type="checkbox"/> Utilise certaines compétences précoces qui sont indispensables au développement des compétences requises pour cet âge. N'utilise pas encore les compétences requises pour son âge dans ce domaine. | <input type="checkbox"/> Utilise les compétences requises dans ce domaine. Cependant, quelques inquiétudes persistent. |
| | <input type="checkbox"/> Utilise toutes les compétences requises dans ce domaine. |
-

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Compte rendu de l'évaluation réalisée par la famille (FDA)

FDA réalisée par : _____

Préoccupations familiales

C'est le rapport concernant les préoccupations, les difficultés ou les défis auxquels votre enfant et/ou votre famille sont confrontés au cours des routines et des activités quotidiennes et que l'équipe de l'IP doit aborder.

Ressources familiales

Il s'agit du rapport relatif aux ressources dont dispose votre enfant/famille en termes de soutien, notamment les personnes, les activités, les programmes ou les organisations, ainsi que les ressources dont vous ne disposez pas actuellement mais que vous souhaitez ou dont vous pourriez bénéficier.

Priorités de la famille

C'est le récapitulatif des compétences, des activités et/ou des ressources spécifiques que vous souhaiteriez que votre enfant et (ou) votre famille acquièrent grâce aux services d'intervention précoce.

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 4 : objectifs de votre enfant/famille

Cette rubrique indique les objectifs de l'enfant ou de la famille en fonction de vos projets et des étapes pour atteindre vos objectifs. L'objectif est basé sur les informations que vous avez partagées sur la vie quotidienne de votre famille lors de l'évaluation de l'enfant et de la famille. Chaque objectif de l'IFSP doit être formulé en termes facilement compréhensibles par tous et avec suffisamment de détails pour que l'ensemble de l'équipe sache quand il est atteint. Les objectifs doivent être basés sur ce que vous aimeriez voir se produire dans les activités de votre famille grâce au soutien et aux services de l'IP.

Nombre d'objectifs :	Cet objectif de l'enfant concerne :	<input type="checkbox"/> le développement des relations sociales positives	<input type="checkbox"/> l'acquisition et l'utilisation des nouvelles compétences et connaissances	<input type="checkbox"/> la prise d'initiatives pour satisfaire ses propres besoins	Cet objectif de la famille porte sur :	<input type="checkbox"/> Le bien-être de la famille, la participation ou les informations de la famille
----------------------	-------------------------------------	--	--	---	--	---

Objectif :

Que se passe-t-il aujourd'hui en ce qui concerne cet objectif ?

Stratégies : quelles mesures/activités et qu'est-ce qui peut nous aider à atteindre les objectifs du Plan de service familial individualisé (IFSP) ?

Soutien dont nous bénéficions actuellement pour atteindre cet objectif (formel ou naturel, notamment les services qui ne sont pas fournis par l'IP).

Examen de ces objectifs : L'IFSP doit être examiné avant ou au moins tous les six mois. Vous pouvez demander que l'IFSP soit examiné à tout moment.

Résultat de l'examen :

Date de l'examen : _____

- Objectif atteint Poursuivre cet objectif Revoir cet objectif Cet objectif n'est plus une priorité

Autres préoccupations ou événements qui affectent cet objectif :

Progrès enregistrés pour atteindre cet objectif :

Stratégies revues :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 4 : objectifs de votre enfant/famille

Cette rubrique indique les objectifs de l'enfant ou de la famille en fonction de vos projets et des étapes pour atteindre vos objectifs. L'objectif est basé sur les informations que vous avez partagées sur la vie quotidienne de votre famille lors de l'évaluation de l'enfant et de la famille. Chaque objectif de l'IFSP doit être formulé en termes facilement compréhensibles par tous et avec suffisamment de détails pour que l'ensemble de l'équipe sache quand il est atteint. Les résultats doivent être basés sur ce que vous aimeriez voir se produire dans les activités de votre famille grâce au soutien et aux services de l'IP.

Nombre d'objectifs :	Cet objectif de l'enfant concerne :	<input type="checkbox"/> le développement des relations sociales positives	<input type="checkbox"/> l'acquisition et l'utilisation des nouvelles compétences et connaissances	<input type="checkbox"/> la prise d'initiatives pour satisfaire ses propres besoins	Cet objectif de la famille porte sur :	<input type="checkbox"/> Le bien-être de la famille, la participation ou les informations de la famille
----------------------	-------------------------------------	--	--	---	--	---

Objectif :

Que se passe-t-il aujourd'hui en ce qui concerne cet objectif ?

Stratégies : quelles mesures/activités et qu'est-ce qui peut nous aider à atteindre les objectifs du Plan de service familial individualisé (IFSP) ?

Soutien dont nous bénéficions actuellement pour atteindre cet objectif (formel ou naturel, notamment les services qui ne sont pas fournis par l'IP).

Examen de ces objectifs : L'IFSP doit être examiné avant ou au moins tous les six mois. Vous pouvez demander que l'IFSP soit examiné à tout moment.

Résultat de l'examen :

Date de l'examen : _____

Objectif atteint Poursuivre cet objectif Revoir cet objectif Cet objectif n'est plus une priorité

Autres préoccupations ou événements qui affectent cet objectif :

Progrès enregistrés pour atteindre cet objectif :

Stratégies revues :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 4 : objectifs de votre enfant/famille

Cette rubrique indique les objectifs de l'enfant ou de la famille en fonction de vos projets et des étapes pour atteindre vos objectifs. L'objectif est basé sur les informations que vous avez partagées sur la vie quotidienne de votre famille lors de l'évaluation de l'enfant et de la famille. Chaque objectif de l'IFSP doit être formulé en termes facilement compréhensibles par tous et avec suffisamment de détails pour que l'ensemble de l'équipe sache quand il est atteint. Les résultats doivent être basés sur ce que vous aimeriez voir se produire dans les activités de votre famille grâce au soutien et aux services de l'IP.

Nombre d'objectifs :	Cet objectif de l'enfant concerne :	<input type="checkbox"/> le développement des relations sociales positives	<input type="checkbox"/> l'acquisition et l'utilisation des nouvelles compétences et connaissances	<input type="checkbox"/> la prise d'initiatives pour satisfaire ses propres besoins	Cet objectif de la famille porte sur :	<input type="checkbox"/> Le bien-être de la famille, la participation ou les informations de la famille
----------------------	-------------------------------------	--	--	---	--	---

Objectif :

Que se passe-t-il aujourd'hui en ce qui concerne cet objectif ?

Stratégies : quelles mesures/activités et qu'est-ce qui peut nous aider à atteindre les objectifs du Plan de service familial individualisé (IFSP) ?

Soutien dont nous bénéficions actuellement pour atteindre cet objectif (formel ou naturel, notamment les services qui ne sont pas fournis par l'IP).

Examen de ces objectifs : L'IFSP doit être examiné avant ou au moins tous les six mois. Vous pouvez demander que l'IFSP soit examiné à tout moment.

Résultat de l'examen :

Date de l'examen : _____

Objectif atteint Poursuivre cet objectif Revoir cet objectif Cet objectif n'est plus une priorité

Autres préoccupations ou événements qui affectent cet objectif :

Progrès enregistrés pour atteindre cet objectif :

Stratégies revues :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 5 : plan de transition de votre enfant/famille

Les aides et les services fournis dans le cadre de l'Intervention précoce prennent fin lorsque l'enfant atteint l'âge de trois ans. Cette rubrique sert de plan de transition et identifie les besoins de l'enfant et de la famille en matière de transition, ainsi que les étapes et les activités nécessaires pour que cette transition se fasse le plus harmonieusement possible. Votre équipe travaillera avec vous sur l'élaboration d'un plan et vous aidera à identifier le soutien ou les services communautaires qui pourraient être bénéfiques à votre enfant et à votre famille.

Votre plan sera élaboré dans un délai de 9 (_____) à 90 jours (_____) **avant le troisième anniversaire de votre enfant.**
Date Date

Si votre enfant a été orienté vers l'IP dans les 90 jours suivant son troisième anniversaire, votre plan de transition sera élaboré lors de votre première réunion IFSP.

Ce processus de planification prévoit :

- des discussions avec vous concernant les besoins futurs de votre enfant et de votre famille, les prochains services et placements potentiels et les détails nécessaires sur ces options de service ;
- des procédures pour préparer votre enfant à des changements dans l'administration des services, notamment des étapes pour aider votre enfant à s'adapter et à fonctionner dans un nouvel environnement. Il peut s'agir d'apprendre à monter dans un bus scolaire, de se séparer des membres de la famille, d'acquiescer et d'utiliser un appareil de communication ou une autre technologie d'assistance dans un nouvel environnement.
- Il est aussi question d'identifier les étapes de la transition, les activités et tout ce que l'équipe IFSP considère comme nécessaire pour soutenir cette transition.
- Avec votre consentement (sur le formulaire EI-07, Consentement à une conférence de planification de la transition), la tenue d'une conférence de planification de la transition (CPT) avec tous les prestataires de services communautaires que vous avez identifiés comme des ressources potentielles.

Bien que le nom de votre enfant, sa date de naissance et vos coordonnées aient déjà été communiqués à votre district scolaire, le CPT est l'occasion pour vous de partager et d'apprendre des informations supplémentaires. Si votre enfant est éligible aux services d'éducation préscolaire spécialisée à l'âge de trois ans, ce processus de planification prévoit également des discussions avec vous sur le rôle du district scolaire et le processus d'obtention de votre consentement pour partager avec votre district scolaire des copies des évaluations et des IFSP les plus récents, et pour inviter le représentant du district scolaire à une conférence de planification de la transition.

Objectifs de la transition avec les étapes et les services développés :

Ressources, placements et/ou services potentiels à venir :

Objectif de la transition de l'enfant : De quoi votre enfant aura-t-il besoin pour faciliter sa transition ?

Nombre d'objectifs :

Quelles sont les étapes et les activités, en d'autres termes, qu'est-ce qui peut nous aider à atteindre cet objectif ?

Cet objectif de la transition concerne :

- le développement des relations sociales positives
- l'acquisition et l'utilisation des nouvelles compétences et connaissances
- la prise d'initiatives pour satisfaire ses propres besoins

Objectifs de la transition pour la famille : De quoi aurez-vous besoin pour soutenir votre enfant dans cette transition ?

Nombre d'objectifs :

Quelles sont les étapes et les activités, en d'autres termes, qu'est-ce qui peut nous aider à atteindre cet objectif ?

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Examen des objectifs de la transition : L'IFSP doit être examiné avant ou au moins tous les six mois. Vous pouvez demander que l'IFSP soit examiné à tout moment.

Rapport de l'examen des objectifs de la transition pour l'enfant :

Date de l'examen : _____

- Objectif atteint Poursuivre cet objectif Revoir cet objectif Cet objectif n'est plus une priorité

Rapport de l'examen des objectifs de la transition pour la famille :

- Objectif atteint Poursuivre cet objectif Revoir cet objectif Cet objectif n'est plus une priorité

Autres préoccupations ou évènements qui affectent ces objectifs :

Progrès enregistrés pour atteindre ces objectifs:

Stratégies, étapes et activités mises à jour :

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 6 : services d'intervention précoce

Les services d'intervention précoce peuvent être fournis par un prestataire de services principal (PSP) ou un prestataire de services secondaire (SSP). Le PSP assiste directement la famille pendant toutes les visites afin de soutenir les objectifs fixés et de promouvoir l'apprentissage et le développement de l'enfant. Les SSP soutiennent périodiquement le PSP et la famille dans l'atteinte des objectifs de l'IFSP à travers des visites conjointes. Les visites conjointes ont lieu aussi souvent que nécessaire en fonction des besoins du PSP et de la famille. En plus de votre (vos) prestataire(s), vous avez toujours accès à une équipe complète de prestataires de l'IP pour soutenir votre famille

En utilisant toutes les informations disponibles, l'équipe de l'IFSP a identifié les services d'IP suivants pour atteindre nos objectifs :

Type de services d'IP	Méthode	Lieu	Fréquence	Durée de la séance	Organisme prestataire	Source de financement	Date de l'IFSP:		Nombre d'objectifs
							Date de lancement prévue*	Date de fin prévue	
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nouveau service		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nouveau service		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nouveau service		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nouveau service		
<input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> SSP							<input type="checkbox"/> Nouveau service		

Méthode : en personne (P) ; Technologie (T) ;

Lieu : Domicile (D) ; Communauté (C) ; Autre (A)

*Si un service nouveau ou modifié est prévu dans les 10 jours suivant la réunion de l'IFSP, voir la « Dérogation au calendrier » dans la rubrique 8 de l'IFSP.

Motif pour lequel les services d'IP ne peuvent pas être fournis dans un environnement normal :

Mesures que le coordonnateur des services et la famille vont prendre et date prévue pour le transfert des services dans un environnement normal :

Services d'IP nécessaires, mais pas encore coordonnés :

Mesures que le coordonnateur des services va prendre pour harmoniser les services d'IP nécessaires.

Réception en temps
opportun des services
(TRS) prévue d'ici le : _____

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Rubrique 7 : participation de l'équipe

Outre votre précieuse contribution à l'élaboration de cet IFSP, les personnes suivantes ont participé à la détermination de l'éligibilité, à l'évaluation et/ou à l'élaboration de l'IFSP :

Nom du coordonnateur des services d'IP

Téléphone :

Courriel :

Nom :

Téléphone :

Courriel :

Rôle : Évaluateur/Examineur

Prestataire :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom :

Téléphone :

Courriel :

Rôle : Évaluateur/Examineur

Prestataire :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom :

Téléphone :

Courriel :

Rôle : Évaluateur/Examineur

Prestataire :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom :

Téléphone :

Courriel :

Rôle : Évaluateur/Examineur

Prestataire :

Discipline :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spécialiste du développement | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Éducateur pour la pré-maternelle et la maternelle | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologue | <input type="checkbox"/> Infirmière |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste de l'audition | <input type="checkbox"/> Autre : |

Nom des autres participants

Rôle/rerelations avec la famille

Nom de l'enfant :

Date de naissance :

Numéro ETID :

Section 8 : préavis écrit et consentement pour les services d'IP

Consentement parental

Je consens à ce que les services d'Intervention précoce décrits dans le présent PSIF soient fournis. J'ai participé à l'élaboration du présent IFSP, j'ai été pleinement informé(e) et je comprends toutes les informations relatives à l'offre des services d'intervention précoce décrits dans le présent IFSP. Je dispose d'une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce et je connais mes droits relatifs au consentement. Je sais que des options de résolution des litiges sont à ma disposition en cas de doléances relatives à l'Intervention précoce.

Je sais que lorsqu'un prestataire de services d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio recommande ou propose de commencer (initier) ou de modifier les services d'IP qui seront fournis à ma famille et à mon enfant, je dois recevoir un préavis écrit au moins dix jours avant de commencer ou de modifier ce service d'IP. Je sais que le présent IFSP est un préavis écrit concernant les services d'Intervention précoce proposés et que les informations relatives à la mise en place ou à la modification des services proposés sont présentées dans la rubrique 6 de l'IFSP. Un préavis écrit supplémentaire n'est pas nécessaire pour un service dont la cessation a été proposée dans le formulaire d'IP-11 avant cette réunion IFSP.

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je reconnais et accepte de renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant le changement ou le début du service d'IP.

 Initiales du (des) parent(s)

 Date

 Nom du parent

 Signature du parent

 Date

 Nom du parent

 Signature du parent

 Date

Consentement du coordonnateur et du prestataire des services d'IP

Nous reconnaissons que les objectifs reflètent les priorités et les préoccupations de la famille et que les services d'IP poursuivent ces objectifs. Nous acceptons d'implémenter le plan de l'IFSP pour permettre à l'enfant de participer aux activités familiales quotidiennes et d'en apprendre beaucoup de choses autant que possible.

 Nom

 Discipline :

 Signature

 Date

Formulaire d'IP-05

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Consentement à l'utilisation de l'assurance pour les services d'Intervention précoce

Utilisation de l'Assurance privée

Mon coordonnateur des services m'a expliqué les règles du « système de paiement » et les frais potentiels que je peux endosser en recourant à mon assurance privée pour payer les services d'Intervention précoce tels que les co-paiements, les franchises, les cotisations ou les frais à long terme comme les pertes d'avantages dues aux limites de couverture sur l'assurance maladie annuelle ou à vie de la politique d'assurance. J'ai reçu une notification écrite de ces frais potentiels et de mes droits. Je sais qu'en consentant à l'utilisation de mon assurance privée, l'État s'occupera des co-paiements et des montants de la franchise pour les 100 premières unités des services d'Intervention précoce au cours d'une année IFSP si je suis capable de payer. L'État s'occupera des co-paiements et des montants de la franchise pour toutes les unités des services d'Intervention précoce si je suis incapable de payer.

Je consens à ce que mon assurance privée soit facturée pour les services d'Intervention précoce (IP)

Oui

Non

Je ne dispose pas d'une assurance privée

Numéro de la principale police d'assurance

Date de début

Date de fin

Nom de la compagnie d'assurance maladie

Nom de l'assuré

Numéro de la police d'assurance secondaire

Date de début

Date de fin

Nom de la compagnie d'assurance maladie

Nom de l'assuré

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Utilisation de l'assurance publique

Mon coordonnateur des services m'a expliqué les règles de paiement du système d'Intervention précoce. J'ai reçu une notification écrite de mes droits et je sais qu'aucun frais potentiel n'est nécessaire pour recourir à mes avantages Medicaid en rapport avec les services d'IP.

Je consens au partage des informations personnelles de mon enfant (informations qui permettent d'identifier mon enfant) auprès du fournisseur des services d'Intervention précoce dans le cadre de l'IFSP et dans l'agence Medicaid local aux fins de facturation.

Oui

Non

Mon enfant ne dispose pas d'une assurance Medicaid

Bénéficiaire de l'assurance Medicaid/numéro de facturation

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-06

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Consentement à la communication et/ou à l'échange des informations

En tant que parent, vous avez accès à toute partie du dossier d'intervention précoce (IP) de votre enfant. Un dossier d'IP comporte tous les dossiers de votre enfant qui sont rassemblés, conservés ou utilisés en vertu de la Loi fédérale, Partie C de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées.

À l'exception du nom de votre enfant, de sa date de naissance et de vos coordonnées, qui sont communiqués à votre district scolaire, les informations relatives à l'IP ne peuvent être divulguées à aucune personne ou agence extérieure au système d'IP sans votre autorisation. Avec votre permission, les informations peuvent être communiquées oralement ou par écrit. Vous pouvez choisir quelles informations vous souhaitez partager ou non. Une copie de ce formulaire sera transmise aux agences ou aux personnes concernées si vous autorisez la divulgation ou l'échange des informations. Le consentement parental n'est pas requis dans certains cas spécifiques. Veuillez consulter votre brochure sur les droits des parents pour connaître ces exceptions.

Je consens à ce que l'intervention précoce (IP) de l'Ohio communique ou échange avec

nom et/ou agence :

Coordonnées (le cas échéant) :

mes informations suivantes ou celles de mon enfant :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plan de service familial individualisé (IFSP) | <input type="checkbox"/> Résultats de la détermination de l'éligibilité |
| <input type="checkbox"/> Notes sur les cas d'IP | <input type="checkbox"/> L'ensemble du dossier de l'IP |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | <input type="text"/> |

En utilisant les méthodes suivantes :

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> téléphone/sms/vidéo | <input type="checkbox"/> en personne | <input type="checkbox"/> courriel/fax/téléchargement numérique | <input type="checkbox"/> dossiers papier |
|--|--------------------------------------|--|--|

L'objectif de la communication ou de l'échange d'informations est de faciliter :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> la détermination de l'éligibilité à l'IP de l'Ohio | <input type="checkbox"/> Transition de l'IP à la pré-maternelle ou à d'autres programmes communautaires |
| <input type="checkbox"/> l'élaboration de l'IFSP | <input type="checkbox"/> Services et progrès de l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | <input type="text"/> |

Le cas échéant, décrivez les éventuelles limites de la communication ou de l'échange d'informations :

Le présent consentement est valide :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Jusqu'à ce que mon enfant atteigne trois ans |
| <input type="checkbox"/> Du <input type="text"/> au <input type="text"/> |

Mon coordonnateur des services ou prestataire d'IP m'a renseigné sur la divulgation et l'échange d'informations, sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. Je dispose d'une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'intervention précoce (IP) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je reconnais et accepte de communiquer les informations concernant mon enfant. Je reconnais que, même si j'accepte de communiquer des informations, d'autres organismes d'intervention non précoce peuvent exiger leurs propres formulaires de communication d'informations.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Si ce formulaire est renseigné par une personne autre que le coordonnateur des services de l'IP, le prestataire de l'IP doit en transmettre une copie au coordonnateur des services de l'IP dans les cinq jours suivant la signature du consentement.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-07

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Consentement à la conférence de planification de la transition (CPT)

Avant que votre enfant n'atteigne l'âge de trois (3) ans et ne quitte le programme d'intervention précoce, il est utile d'organiser une conférence de planification de la transition. Cette conférence vise à planifier la manière dont nous pouvons vous assister pour assurer la transition entre l'intervention précoce et les services et soutiens auxquels votre enfant pourrait avoir droit à partir de l'âge de trois (3) ans. Cette conférence doit se tenir au moins 90 jours, et au plus tôt 9 mois, avant le 3e anniversaire de votre enfant. Avant de fixer la date de cette réunion, votre équipe d'IP et vous pouvez identifier d'autres personnes, notamment des prestataires de services communautaires, que vous souhaitez inviter à y participer.

J'accepte la programmation d'une CPT.

Je n'accepte pas la programmation d'une CPT.

Si votre enfant doit bénéficier des services d'éducation préscolaire spécialisée, c'est votre district scolaire local qui devra les fournir. Il est recommandé d'inviter le représentant de votre district scolaire, qui pourra vous expliquer le processus de détermination de l'éligibilité aux services d'éducation préscolaire spécialisée de la « Partie B ». D'autres prestataires de services communautaires peuvent également être conviés à cette réunion.

J'accepte que le représentant du district scolaire soit convié à ma CPT

Je n'accepte pas que le représentant du district scolaire soit convié à ma CPT.

Si, avec votre équipe d'IP, vous estimez que votre enfant n'est PAS potentiellement éligible aux services d'éducation spéciale préscolaire OU si vous ne souhaitez pas inviter votre district scolaire, nous pouvons organiser une conférence de planification de la transition avec tout autre prestataire de services communautaires que vous avez identifié comme ressource potentielle.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-08

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Consentement à renvoyer l'enfant dans un Organisme éducatif local et dans le Département de l'Éducation de l'Ohio (DEO)

Votre enfant a récemment été renvoyé au service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio. Étant donné que l'IP est un programme destiné aux enfants qui souffrent d'un retard de croissance et d'infirmités de la naissance à l'âge de trois ans, l'IP détermine l'éligibilité de votre enfant lorsque ce dernier est sur le point d'atteindre cet âge. Toutefois, si vous soupçonnez que votre enfant peut souffrir d'un retard de croissance ou d'une infirmité, il peut être admissible aux services d'éducation spéciale préscolaire conformément à la Partie B de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées.

Vous pouvez personnellement contacter votre district scolaire pour effectuer ce renvoi.

Vous devez donner votre consentement si vous souhaitez que l'IP contacte votre district scolaire pour faire un renvoi. Avec votre consentement, nous transmettrons vos coordonnées, le nom et la date de naissance de votre enfant au DEO et à votre district scolaire qui sont responsables de l'éducation de votre enfant.

J'ai été bien informé et je sais que mes coordonnées et le nom de mon enfant seront transmis à mon district scolaire local et au DEO. J'ai reçu une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits [des parents concernant l'Intervention précoce \(IP\)](#) avec ce formulaire. Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je consens à ce que l'IP communique le nom de mon enfant, sa date de naissance et mes coordonnées à mon district scolaire et au DEO.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

Adresse postale du parent

Adresse électronique du parent

Numéro de téléphone du parent

Ville, État, code postal du parent

*Une fois signé par les parents, ce formulaire signé doit être transmis par courriel à l'adresse suivante : EI@childrenandyouth.ohio.gov afin de s'assurer que la demande est complète.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-10

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Nom(s) du parent

Avis écrit préalable de sortie

Le service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio envisage de mettre un terme aux services d'IP qu'il vous offre. Ce service retiendra une copie du dossier de votre enfant jusqu'à ce que ce dernier atteigne neuf ans. Vous avez le droit d'examiner ou de demander le dossier de votre enfant. Le service d'Intervention précoce (IP) de l'Ohio envisage de retirer votre enfant du système d'IP 10 jours après la date de cet avis pour les raisons suivantes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Votre enfant a été examiné et n'a présenté aucun signe de retard de croissance ou d'infirmité. Vous pouvez demander une évaluation à tout moment en contactant votre coordonnateur des services d'IP. | <input type="checkbox"/> Les objectifs de l'IFSP de votre enfant ont été atteints et son équipe a indiqué que ces résultats sont satisfaisants. |
| <input type="checkbox"/> L'évaluation requise n'a pas été effectuée. | <input type="checkbox"/> Vous avez indiqué que vous n'êtes plus intéressé(e) par les services de l'IP ou que vous ne pouvez plus y participer pour le moment. |
| <input type="checkbox"/> Votre enfant ne répond pas aux critères d'éligibilité pour les services d'IP. | <input type="checkbox"/> Nous n'avons pas pu vous contacter. Si vous souhaitez toujours bénéficier des services de l'IP, veuillez contacter votre coordonnateur des services d'IP dans un délai de dix jours à compter de la date du présent avis. |
| <input type="checkbox"/> Votre enfant ne vit plus dans l'État de l'Ohio. | <input type="checkbox"/> Votre enfant est passé aux services de la Partie B avec un Plan d'enseignement individualisé (PEI) avant l'âge de trois ans. |

Date de sortie proposée :

Commentaires :

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure sur les droits des [parents concernant l'IP](#) est jointe. Si vous souhaitez toujours bénéficier des services d'intervention précoce ou si vous pensez que votre enfant a été retiré pour une raison imprécise ou non fondée, veuillez me contacter.

Nom du coordonnateur des services d'IP

Coordonnées du coordonnateur des services d'IP

***Vous pouvez suivre le développement de votre enfant sur ce lien : www.helpmegrow.org/ASQ.
Vous pouvez demander un renvoi à tout moment avant que votre enfant n'atteigne trois ans en contactant le Service central d'enregistrement au 1-800-755-4769 ou en visitant le lien : www.ohioearlyintervention.org.***



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-11

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Nom(s) du parent

Avis écrit préalable relatif au changement de services proposé

Les services d'intervention précoce de l'Ohio travaillent dans le cadre du plan de service familial individualisé (IFSP). L'avis écrit préalable pour ces services est fourni à travers le formulaire IFSP lors de la réunion IFSP. Toutefois, lorsqu'un prestataire de services d'intervention précoce de l'Ohio propose de mettre fin à un service d'IP avant la réunion IFSP, vous devez en être informé par écrit au moins dix jours avant la fin de ce service d'intervention précoce. Votre coordinateur de services vous contactera pour planifier une réunion IFSP afin de déterminer les prochaines étapes à suivre.

Le service d'IP de l'Ohio propose de mettre fin à un ou plusieurs services d'IP fournis à votre enfant/famille.

Informations sur le changement proposé

Justification du changement proposé

Date proposée pour le changement (10 jours à compter de la date d'aujourd'hui) _____

Veillez me contacter dès que possible si vous avez des questions à ce sujet.

Nom du prestataire des services d'IP

Coordonnées du prestataire des services d'IP

En tant que parent, plusieurs options de résolution des litiges sont à votre disposition. Une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents (ohioearlyintervention.org/printed-materials) est jointe.

Si vous avez des questions, veuillez contacter votre coordonnateur des services d'IP au :

Nom du coordonnateur des services d'IP

Coordonnées du coordonnateur des services d'IP

Renonciation au calendrier (facultatif)

Je reconnais et accepte de renoncer à mon droit de recevoir un avis écrit 10 jours avant le changement de l'activité proposée.

Initiales du parent

Date

Le _____ (date) _____ (nom/rôle) a transmis une copie de ce formulaire d'avis et de consentement au(x) parent(s)

En personne par courrier par courriel.

Si ce formulaire est renseigné par une personne autre que le coordonnateur des services d'IP, le prestataire de l'IP doit en transmettre une copie à ce dernier cinq jours après avoir délivré l'avis au parent.



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-12

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Nom(s) du parent

Numéro ETID

Documentation sur le diagnostic

Je consens à ce que ce formulaire soit envoyé à mon médecin afin d'obtenir des informations sur le diagnostic de mon enfant et son impact sur sa croissance.

Signature du parent

Date

Cher(e) professionnel(le) de santé — Conformément aux exigences nationales et fédérales pour l'éligibilité au titre de la Partie C de la Loi sur l'éducation des personnes handicapées (IDEA), la plupart des diagnostics médicaux n'entraînent pas automatiquement l'éligibilité à l'Intervention précoce (IP). Toutefois, un professionnel qualifié pour diagnostiquer et traiter des affections mentales ou physiques peut déterminer qu'un diagnostic effectué sur un enfant donné indique un retard de croissance. L'équipe chargée de l'Intervention précoce (IP) réalisera alors une évaluation complète pour déterminer les besoins du programme de l'enfant. **Pour déterminer l'éligibilité à l'IP à travers ce formulaire, tous les champs doivent être renseignés.**

Veuillez indiquer le diagnostic spécifique de l'enfant dans cette case. Ne **pas** mentionner le « retard global », le « retard de croissance » ou des inquiétudes relatives à la croissance comme « des inquiétudes liées au langage ».

Je soupçonne que l'état de santé de cet enfant pourrait entraîner un retard de croissance dans au moins l'un des domaines de croissance suivants (cochez toutes les cases appropriées)

Communication

Social/émotionnel

Commentaires (facultatif)

Moteur

Évolutif/auto-gestion/indépendance

Visuel

Cognitif/résolution des problèmes

Auditif

Autre (préciser) _____

Il **n'y a** aucune raison de croire que l'état de santé de cet enfant pourrait entraîner un retard de croissance. Cependant, je sais que l'enfant a encore droit à une évaluation de la croissance pour déterminer son éligibilité.

Professionnel qualifié pour diagnostiquer et traiter des affections mentales et physiques

Nom

Type de permis

Téléphone

Signature

Courriel

Date

Veuillez retourner ce formulaire au coordonnateur des services d'Intervention précoce de l'enfant.

Nom du coordonnateur des services d'IP

Numéro de fax

Courriel

Réservé au coordonnateur des services d'IP

Date de réception de ce formulaire _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'Intervention précoce (IP)-13

Date du jour

Nom de l'enfant

Date de naissance de l'enfant

Numéro ETID

Avis sur les rencontres du Plan de service familial individualisé (IFSP)

Il est temps pour nous

- d'élaborer un IFSP provisoire jusqu'à ce qu'on achève l'évaluation et programme l'IFSP « initial » ;
- d'examiner les informations sur l'éligibilité et l'évaluation et de concevoir le premier IFSP (« initial »).
- Nous devons réaliser un examen périodique de l'IFSP pour déterminer à quel niveau les progrès vers les résultats indiqués dans l'IFSP sont en cours et si la modification ou la révision de ces résultats ou si les services de l'Intervention précoce proposés dans cet IFSP sont nécessaires.
- Par ailleurs, il est important d'examiner les informations sur l'évaluation et d'élaborer un IFSP annuel
- Cette rencontre de l'IFSP prévoit une conférence de planification de la transition.

Nous avons accepté de programmer la rencontre de l'IFSP pour

Date

Heure

Lieu

Les prestataires des services d'intervention précoce suivants ont été conviés à cette rencontre de l'IFSP. Ils recevront une copie de cet avis.

Nom, rôle ou agence

Vous avez demandé que les personnes suivantes soient conviées à la rencontre de l'IFSP. Ils recevront une copie de cet avis.

Nom, rôle ou relation

Si vous avez des questions ou voulez modifier quelque chose concernant cette rencontre, veuillez me contacter en tant que votre coordonnateur des services d'IP :

Nom du coordonnateur des services d'IP

Coordonnées du coordonnateur des services d'IP



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-14

Suivi du renvoi professionnel

Date du jour

Nom de l'enfant renvoyé

Date de naissance de l'enfant

Date du renvoi vers
le programme d'IP

Nom du professionnel ayant renvoyé l'enfant

Nom de l'agence

Coordonnées du professionnel
ou de l'agence

Le parent n'a pas accepté de partager les informations avec le programme d'IP concernant le statut du renvoi de son enfant. Veuillez contacter la famille pour de plus amples informations.

Nous avons essayé de joindre le parent en vain. Faites-nous savoir si vous avez les nouvelles coordonnées du parent.

Le parent a accepté de partager les informations suivantes :

Le parent a rejeté les services d'Intervention précoce.

L'enfant est cependant éligible aux services d'intervention précoce de l'Ohio et l'IFSP a été élaboré.

L'enfant a été évalué et n'est pas éligible à l'Intervention précoce de l'Ohio.

Une évaluation de la croissance a été réalisée et ne révèle aucune suspicion de retard ou de handicap.

Autre :

Mon coordonnateur des services m'a renseigné sur la communication du statut du renvoi de mon enfant au service d'Intervention précoce (IP), sur mes droits en tant que parent et sur la manière dont le consentement doit être donné. Je dispose d'une copie de la brochure de l'État de l'Ohio sur les droits des parents concernant l'Intervention précoce (IP) (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP). Je reconnais et accepte de partager les informations sur le statut du renvoi de mon enfant avec le professionnel qui a demandé ce renvoi.

Nom(s) du parent

Signature du parent

Date

***Le service d'Intervention précoce de l'Ohio reconnaît votre renvoi !
Vous pouvez demander un nouveau renvoi à tout moment en contactant
le service central d'enregistrement au 1-800-755-4769 ou en visitant le lien :
www.ohioearlyintervention.org.***



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-15

Date du jour _____

Nom de l'enfant _____

Date de naissance de l'enfant _____

Numéro ETID _____

Détermination de la capacité du parent à payer les services d'Intervention précoce

Documentation (une seule est requise)

(A) Carte Medicaid de l'Ohio (B) Carte WIC de l'Ohio (C) Revenus du parent

Je sais que le fait de fournir des informations sur mes revenus permet au coordinateur des services de l'intervention précoce de déterminer si je suis éligible à d'autres ressources basées sur les revenus. Toutefois, j'ai décidé de ne pas partager mes informations financières et je sais que selon OAC 5123:10-03 (D), je supporterai les frais des services d'intervention précoce au-delà des 100 premières unités financées par des fonds publics.

Initiales
du parent _____

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
 taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

Montant(s) brut(s) _____

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
 taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

Montant(s) brut(s) _____

Montant annuel des revenus : _____

Les revenus de la famille sont-ils inférieurs ou équivalents au montant fixé pour l'éligibilité à Healthy Start concernant les enfants non assurés ? (206% FPL) <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments> Oui Non

J'ai reçu et examiné la documentation fournie par le parent selon OAC 5123:2-10-03 (D) et j'ai indiqué que le parent est incapable capable de payer les services d'Intervention précoce.

Nom du coordonnateur des services d'IP _____

Date _____

Signature du Coordonnateur des services d'IP _____

J'ai examiné les informations renseignées dans ce formulaire et mon coordonnateur des services a précisé si je suis capable ou incapable de payer les services d'IP. J'ai reçu une copie de la brochure sur le système de paiement de l'intervention précoce de l'Ohio (ohioearlyintervention.org/printed-materials). Je sais que plusieurs options de résolution des litiges sont à ma disposition si j'ai des doléances par rapport à l'intervention précoce (IP).

Nom(s) du parent _____

Signature du parent _____

Date _____



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-16

Réservé à l'usage de l'État :

IP-16 reçu :
 Examiné par :
 Numéro CMACS :
 Entré dans
 le système CMACS :
 Courriel envoyé :

Date du jour

Nom de l'enfant

Numéro ETID

Date de naissance de l'enfant

Paiement des services d'Intervention précoce (IP)

Nom du parent			Nom du parent		
Adresse			Adresse		
Ville	État	Code postal	Ville	État	Code postal
Numéro de sécurité sociale	Lien avec l'enfant		Numéro de sécurité sociale	Lien avec l'enfant	
Téléphone du domicile	Téléphone professionnel		Téléphone du domicile	Téléphone professionnel	
Nom du coordonnateur des services d'IP			Adresse électronique du coordonnateur des services		

Nom de l'organisme prestataire :

Comté :

Êtes-vous en mesure de payer ? Oui Non

Sexe de l'enfant : Masculin Féminin

La famille a-t-elle consenti à l'utilisation d'une assurance publique ou privée ? Oui (veuillez joindre l'IP-05) Non

Les services sont-ils fournis dans un environnement naturel ? Oui Non **Date du IFSP initial/annuel le plus récent :**

Services d'Intervention précoce recommandés par l'IFSP (ajouter des pages si nécessaire)

Type d'IFSP : Initial Annuel Périodique Nouvelle soumission de l'IP - 16

Cochez les services recommandés	Service d'IP	Fréquence (c'est-à-dire : 8 x 45 min/180 jours)	Signature de l'IFSP Date	Fin de l'IFSP Date	Réservé à l'usage de l'Etat	
					Catégorie du SVC	Unités
<input type="checkbox"/>	Évaluation/examen				43 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/>	
	Réunions d'équipe/de l'IFSP				EICAT1	
<input type="checkbox"/>	Orthophonie/Ergothérapie/Thérapie alimentaire				Orthophonie	
<input type="checkbox"/>	Orthophonie				langage	
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie					
<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie					
Devis ci-joint ? <input type="checkbox"/>	Technologie d'assistance					
<input type="checkbox"/>	Service d'intervention précoce non listé :					

Réservé à l'usage de l'État



Department of Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

Formulaire d'IP-17

Date du jour _____

Nom de l'enfant _____

Date de naissance de l'enfant _____

Numéro ETID _____

Fiche des frais médicaux exceptionnels

Nom(s) du parent : _____

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
 taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

Montant(s) brut(s) _____

Revenus du parent : hebdomadaires (52) bi-hebdomadaires (26) mensuels (12) bimensuels (24)
 taille de la famille : _____

Date(s) du bulletin de paie _____

Montant(s) brut(s) _____

Montant annuel des revenus : _____

Les estimations sur les revenus de la famille de 210 à 401 % ou plus du niveau de pauvreté fédéral (NPF) sont disponibles sur le lien : <https://ohioearlyintervention.org/system-of-payments>.

_____ x _____ = _____
Montant annuel des revenus EME Frais médicaux à charge du patient

J'ai calculé les frais médicaux à charge du patient en fonction du plus récent niveau de pauvreté fédéral selon qu'il est déterminé par le Département américain de la Santé et des services sociaux et publié dans le registre fédéral. J'ai partagé ces informations avec le parent. Le Département de l'Enfance et de la jeunesse (DCY) se servira de ces informations pour déterminer les frais médicaux exceptionnels de la famille.

Nom du coordonnateur des services d'IP

Date

Signature du Coordonnateur des services d'IP



**Department of
Children & Youth**

Help Me Grow Early Intervention

Liste de contrôle pour l'audition de l'IP dans l'Ohio



Department of
Children & Youth

Help Me Grow Early Intervention

Nom de l'enfant

Date de naissance
de l'enfant

Numéro ETID

Membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire

Date de réalisation

La liste de Contrôle pour l'audition dans la Partie C est conçue par tout prestataire de la partie C qui est qualifié pour réaliser l'évaluation ou l'examen. La liste de contrôle est renseignée pour tous les enfants dans le cadre de la première éligibilité et du premier examen de l'enfant et est mise à jour lors de l'évaluation annuelle de l'enfant. Les résultats de la liste de contrôle seront mentionnés dans le rapport d'évaluation de l'enfant. Lorsqu'un facteur de risque ou un problème est constaté, la liste de contrôle et tout autre dossier médical important sont transmis au spécialiste de l'audition de l'IP qui, en consultation avec l'équipe, détermine la nécessité d'une orientation et/ou des soins auditifs.

DÉPISTAGE AUDITIF OU ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE PRÉALABLE

Résultats du dépistage auditif chez le nouveau-né :

- Réussite Réussite avec facteurs de risque Orienté Pas de dépistage auditif chez le nouveau-né ou résultats inconnus

Autres résultats de dépistage des troubles auditifs (par exemple, examen de santé de l'enfant)

Date du dépistage : _____ Lieu du dépistage : _____

Procédure de dépistage utilisée : _____

Résultats et suivi recommandé : _____

Évaluation audiolinguistique complète

Date de l'évaluation : _____ Lieu de l'évaluation : _____

Réalisée par : _____

Type de test effectué : _____

Résultats et suivi recommandé : _____

FACTEURS DE RISQUE DE LA PERTE AUDITIVE

Cet examen peut se réaliser en étudiant le dossier médical et/ou à travers un entretien avec le parent. Cochez toutes les réponses appropriées.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un poids très faible à la naissance (moins de 1500 g/1,5 kg) | <input type="checkbox"/> La prématurité (moins de 37 semaines de grossesse) |
| <input type="checkbox"/> Des lésions aux oreilles/anomalies crâniofaciales | <input type="checkbox"/> Des antécédents familiaux de perte auditive chez l'enfant |
| <input type="checkbox"/> Des lésions cérébrales traumatiques, notamment le syndrome du nourrisson secoué | <input type="checkbox"/> Un séjour de plus de 5 jours dans une Unité de soins intensifs néonataux (USIN) |
| <input type="checkbox"/> Une chimiothérapie | <input type="checkbox"/> Type de neurofibromatose <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> II, ou <input type="checkbox"/> III |
| <input type="checkbox"/> Une méningite bactérienne/autres infections postnatales | <input type="checkbox"/> Une hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né |
| <input type="checkbox"/> Des inquiétudes des parents ou des soignants concernant la parole, le langage ou l'audition | |
| <input type="checkbox"/> Des infections in utero telles que le cytomégalovirus, l'herpès, la toxoplasmose ou la rubéole | |
| <input type="checkbox"/> Des rhumes récurrents ou persistants, symptômes allergiques ou infections de l'oreille | |
| <input type="checkbox"/> Des troubles neurodégénératifs, notamment le syndrome de Hunter, l'ataxie de Friedreich et le syndrome de Charcot-Marie-Tooth | |
| <input type="checkbox"/> Des syndromes associés à une perte auditive, tels que l'ostéopétrose, le Syndrome d'Usher, le Syndrome de Goldenhar, le Syndrome de Branchio-Oto-Renal, le syndrome CHARGE, le Syndrome de Pendred, le Syndrome de Pierre Robin, le Syndrome de Trisomie 21 (Down), le syndrome de Waardenburg, l'atrésie des choanes, le Syndrome de Stickler et le Syndrome de Rubinstein-Taybi. | |

OBSERVATIONS DU COMPORTEMENT

Les informations recueillies à partir des outils d'évaluation et d'examen, ainsi que les observations informelles et les rapports des parents peuvent être utilisés pour compléter cette liste de contrôle. Commencez à partir de la tranche d'âge la plus appropriée jusqu'au stade de développement de l'enfant. Cochez toutes les réponses appropriées.

<p>À 6 mois :</p> <input type="checkbox"/> Sursaute ou pleure devant des bruits forts et soudains <input type="checkbox"/> Se calme lorsqu'on lui parle ou qu'on lui fait entendre des sons apaisants <input type="checkbox"/> Roucoule <input type="checkbox"/> Produit quelques sons <input type="checkbox"/> Tourne les yeux ou la tête vers l'origine du son	<p>À 9 mois :</p> <input type="checkbox"/> Écoute de la musique ou chante <input type="checkbox"/> Produit des chaînes de sons; babille (ba-ba-ba, ga-ga-ga) <input type="checkbox"/> Tourne la tête lorsqu'on l'appelle par l'arrière <input type="checkbox"/> S'arrête/prête attention lorsqu'on lui dit « non » ou qu'on l'appelle par son nom
<p>À 12 mois :</p> <input type="checkbox"/> Commence à répéter certains sons prononcés par les autres <input type="checkbox"/> Répond lorsqu'on l'appelle par son propre nom <input type="checkbox"/> Babille en utilisant une variété de sons et de modèles d'intonation	<p>À 18 mois :</p> <input type="checkbox"/> Utilise 3 à 20 mots ou plus <input type="checkbox"/> Obéit à des ordres simples (par exemple, « Viens ici ».) <input type="checkbox"/> Indique ses désirs/besoins par des mots, des sons & des gestes
<p>À 24 mois :</p> <input type="checkbox"/> Montre du doigt certaines parties du corps <input type="checkbox"/> Utilise 50 à 100 mots ou plus <input type="checkbox"/> Comprend 300 mots ou plus <input type="checkbox"/> Aime suivre des histoires <input type="checkbox"/> Commence à utiliser des « phrases » de deux mots	<p>À 36 mois :</p> <input type="checkbox"/> Forme des phrases de 3 à 4 mots <input type="checkbox"/> S'exprime de manière à se faire comprendre la plupart du temps. <input type="checkbox"/> Suit des commandes en 2 étapes <input type="checkbox"/> Utilise 50 à 250 mots ou plus <input type="checkbox"/> Comprend la plupart des choses qu'on lui dit <input type="checkbox"/> Différencie les sons (sonnette, téléphone, etc.)

Identifiez toute observation comportementale indiquant une inquiétude concernant l'audition de l'enfant :

RÉSULTATS

- Un ou plusieurs éléments de la liste de contrôle pour l'audition de l'IP dans l'Ohio indiquent la nécessité d'un examen par un spécialiste de l'audition de l'IP dans l'Ohio.
- Aucun élément de la liste de contrôle pour l'audition de l'IP dans l'Ohio n'indique la nécessité d'un examen par un spécialiste de l'audition de l'IP dans l'Ohio.

Si le spécialiste de l'audition de l'IP détermine qu'il est nécessaire d'orienter l'enfant vers une évaluation audiolinguistique pédiatrique, le coordinateur des services de l'IP aidera le parent dans cette démarche et obtiendra son accord pour communiquer la liste de contrôle pour l'audition avec le médecin de famille de l'enfant et/ou un audiologiste.

Liste de contrôle pour la vision de l'IP dans l'Ohio



Nom de l'enfant

Date de naissance
de l'enfant

Numéro ETID

Membres de l'équipe d'évaluation multidisciplinaire

Date de réalisation

La liste de contrôle pour la vision dans la Partie C est renseignée par tout prestataire de la Partie C qualifié pour effectuer des évaluations. La liste de contrôle est renseignée pour tous les enfants dans le cadre de la première éligibilité et de la première évaluation de l'enfant et est mise à jour chaque année pendant l'évaluation de l'enfant. Les résultats de la liste de contrôle seront mentionnés dans le rapport d'évaluation de l'enfant. Lorsqu'un facteur de risque ou un problème est constaté, la liste de contrôle et tout autre dossier médical important sont transmis au spécialiste de la vision de l'IP qui, en consultation avec l'équipe, détermine la nécessité d'une orientation et/ou des soins visuels.

DÉPISTAGE OU ÉVALUATION PRÉALABLE DE LA VISION

Résultats du dépistage et de l'évaluation de la vision

Date : _____

Lieu : _____

Procédure d'évaluation utilisée : _____

Réalisée par : _____

Résultats et suivi recommandé : _____

FACTEURS DE RISQUE POUR LA DÉFICIENCE VISUELLE

Cet examen peut se réaliser en étudiant le dossier médical et/ou à travers un entretien avec le parent. Cochez toutes les réponses appropriées.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un séjour de plus de 5 jours dans une Unité de soins intensifs néonataux (USIN) | <input type="checkbox"/> Une Paralysie cérébrale |
| <input type="checkbox"/> La prématurité (moins de 37 semaines de grossesse) | <input type="checkbox"/> Le syndrome CHARGE |
| <input type="checkbox"/> L'exposition intra-utérine aux médicaments | <input type="checkbox"/> Le Syndrome d'alcoolisme foetal |
| <input type="checkbox"/> La méningite | <input type="checkbox"/> L'hydrocéphalie |
| <input type="checkbox"/> L'encéphalite | <input type="checkbox"/> L'hypoxie, l'anoxie, le traumatisme à la naissance |
| <input type="checkbox"/> La trisomie 21 | <input type="checkbox"/> Des crises d'épilepsie |
| <input type="checkbox"/> La perte auditive | <input type="checkbox"/> Le traumatisme crânien/lésion cérébrale traumatique |
| <input type="checkbox"/> Un accident vasculaire cérébral ou une hémorragie intraventriculaire (IVH de stade I, II, III ou IV) | |
| <input type="checkbox"/> Des antécédents familiaux de diagnostics de désalignement oculaire (tels que l'amblyopie ou le strabisme) | |
| <input type="checkbox"/> Des antécédents familiaux de perte de vision héréditaire (rétinoblastome, albinisme, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Des Infections in utero, telles que le cytomégalovirus (CMV), la rubéole, l'herpès, la toxoplasmose ou la syphilis. | |
| <input type="checkbox"/> D'autres syndromes tels que Goldenhar, Hurler, Marfan, Norrie, Refsum, Trisomie 13, Tay-Sachs, neurofibromatose, Lowe's, Stickler | |

OBSERVATIONS DU COMPORTEMENT

L'observation informelle et le rapport des parents peuvent être utilisés pour compléter cette liste de contrôle. Cochez toutes les réponses appropriées.

À 3 mois :

- Sourit avec les autres
- Regarde ses propres mains

À 6 mois :

- Suit une boule roulante
- Déplace le regard entre deux objets
- Démontre des mouvements oculaires réguliers dans toutes les directions

À 12 mois :

- Regarde un petit objet (par exemple un raisin sec, un Cheerio)
- Reconnaît des objets familiers dans la maison (2,5 à 3 mètres)
- Observe les images dans les livres
- Cherche l'objet dans un conteneur
- Suit un objet qui se déplace rapidement

Nom de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Numéro ETID
À 24 mois : <input type="checkbox"/> Se concentre sur des petits objets <input type="checkbox"/> Pointe du doigt des objets distants et intéressants à l'extérieur <input type="checkbox"/> Reconnaît les images en détail <input type="checkbox"/> Les yeux ont la capacité de se rapprocher et de pointer vers l'intérieur lorsqu'il regarde des objets proches. (convergence) <input type="checkbox"/> L'accommodation oculaire est bien développée ; les pupilles de l'enfant se contractent lorsque les objets s'approchent de son nez.	À 36 mois : <input type="checkbox"/> Reproduit un cercle <input type="checkbox"/> Les yeux bougent doucement et pointent vers l'intérieur lorsqu'il regarde des objets proches. (convergence)	

Identifiez toute observation comportementale indiquant une inquiétude concernant la vision de l'enfant :

OBSERVATION DES YEUX

Veillez cocher les cases correspondant à tous les signes à risque élevé de déficience visuelle qui sont présents. Cochez toutes les réponses appropriées.

Aspect atypique des yeux : <input type="checkbox"/> Une paupière tombante qui masque la pupille <input type="checkbox"/> Une rougeur persistante de la conjonctive (normalement blanche) <input type="checkbox"/> Une sensibilité élevée à la lumière vive, indiquée par le fait de plisser les yeux, de les fermer ou de détourner la tête. <input type="checkbox"/> Des anomalies évidentes de la forme ou de la structure des yeux <input type="checkbox"/> Un larmoiement persistant sans pleurs <input type="checkbox"/> Une absence de pupille claire et noire <input type="checkbox"/> Un obscurcissement de l'œil	Des mouvements oculaires inhabituels : <input type="checkbox"/> Des mouvements rythmiques ou saccadés involontaires des yeux (nystagmus) <input type="checkbox"/> Un œil ou les deux yeux se tourne(nt) vers l'intérieur/l'extérieur/le haut/le bas <input type="checkbox"/> Une absence de mouvement des yeux l'un vers l'autre ou de rotation soutenue des yeux après l'âge de quatre à six mois
Une position inhabituelle du regard ou de la tête : <input type="checkbox"/> Incline/tourne la tête pour regarder un objet <input type="checkbox"/> Tient des objets près des yeux <input type="checkbox"/> Détourne le regard ou semble regarder à côté, en dessous ou au-dessus de l'objet sur lequel porte l'attention	Une absence des comportements suivants : <input type="checkbox"/> Contact oculaire à l'âge de trois mois <input type="checkbox"/> Fixation ou suivi visuel à l'âge de trois mois <input type="checkbox"/> Réussit à se saisir des objets à l'âge de six mois

RÉSULTATS

- Un ou plusieurs éléments de la liste de contrôle pour la vision de l'IP dans l'Ohio indiquent la nécessité d'un examen par un prestataire de services visuels de l'IP dans l'Ohio.
- Aucun élément de la liste de contrôle pour la vision de l'IP dans l'Ohio n'indique la nécessité d'un examen par un prestataire de services visuels de l'IP dans l'Ohio.

Si le prestataire de services visuels de l'IP estime qu'il est nécessaire de demander une évaluation de la vue, le coordinateur des services de l'IP aidera le parent à demander cette évaluation et obtiendra son accord pour partager la liste de contrôle pour la vision avec le médecin traitant de l'enfant et/ou l'ophtalmologiste/optométriste.