

## Aide au choix de matériel pédagogique adapté : Fiche de liaison orthophoniste/ergothérapeute

Cette fiche de liaison n'a pas pour objectif de se substituer aux bilans normés en orthophonie et en ergothérapie. Il s'agit d'un outil permettant la concertation entre orthophoniste et ergothérapeute dont l'objectif est de guider et optimiser la mise en place de matériel pédagogique adapté en cas de dyslexie-dysorthographe.

**Nom prénom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

**Classe :**

**Éléments du bilan orthophonique (du / / ):**

Profil langage oral		
Langage oral	<input type="checkbox"/> Trouble articulatoire <input type="checkbox"/> Trouble de la parole <input type="checkbox"/> RAS Commentaires (si nécessaire) :	<input type="checkbox"/> Atteinte de la compréhension <input type="checkbox"/> Déficit lexical <input type="checkbox"/> Déficit syntaxique
Discrimination auditive	<input type="checkbox"/> Efficiente	<input type="checkbox"/> Non efficiente
Profil langage écrit		
Lecture	<input type="checkbox"/> Laborieuse (fatigabilité) <input type="checkbox"/> Atteinte voie assemblage <input type="checkbox"/> Atteinte voie adressage	<input type="checkbox"/> Sauts de ligne/se perd dans les lignes <input type="checkbox"/> Erreurs visuelles (lettres orientées, inversions) <input type="checkbox"/> Lente
Type d'erreur en transcription	<input type="checkbox"/> Substitutions/ Confusions de sons <input type="checkbox"/> Omissions/ajouts/inversions <input type="checkbox"/> Fautes d'usage	<input type="checkbox"/> Erreurs de syntaxe <input type="checkbox"/> Erreurs de césure <input type="checkbox"/> Lenteur
Ressources de compensations utilisées par l'enfant	<input type="checkbox"/> Adressage (accès à un lexique interne) <input type="checkbox"/> Assemblage (découpage syllabique)	<input type="checkbox"/> Doigt curseur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Ressources de compensations à exploiter	<input type="checkbox"/> Adressage (accès à un lexique interne) <input type="checkbox"/> Assemblage (découpage syllabique)	<input type="checkbox"/> Doigt curseur <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Compréhension écrite possible	<input type="checkbox"/> Oui sans aide <input type="checkbox"/> En découpant le texte (par phrase/paragraphe) <input type="checkbox"/> Avec autre type d'aide (préciser) : <input type="checkbox"/> Avec lenteur <input type="checkbox"/> Non	
Informations éventuelles concernant le comportement et la motivation de l'enfant		

**ORTHOPHONISTE :**

**Nom**

**Adresse**

**Mail**

**Téléphone**

## **Éléments du bilan ergothérapeutique :**

<b>Limitations d'activités liées au trouble du langage écrit</b>	
Apprentissage des leçons	<input type="checkbox"/> Lecture orale par un tiers <input type="checkbox"/> Autonome avec adaptations, précisez : <input type="checkbox"/> Autonome sans adaptations Commentaires (si nécessaire) :
Transcription	<input type="checkbox"/> Non autonome : partielle et/ou illisible <input type="checkbox"/> Avec fautes mais reste lisible <input type="checkbox"/> Nécessite temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Fonctionnelle Commentaires (si nécessaire) :
Lecture des textes et énoncés	<input type="checkbox"/> Lecture orale par un tiers <input type="checkbox"/> Compréhension variable, nécessite adaptations, précisez : <input type="checkbox"/> Compréhension possible avec temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Compréhension autonome sans adaptations Commentaires (si nécessaire) :
<b>Capacités graphomotrices</b>	
<input type="checkbox"/> Rendu illisible	<input type="checkbox"/> Douleurs
<input type="checkbox"/> Lenteur	<input type="checkbox"/> Dégradation à mesure/fatigabilité
<input type="checkbox"/> Tracé irrégulier	<input type="checkbox"/> Autre :
<b>Troubles associés :</b>	
<input type="checkbox"/> Trouble attentionnel	<input type="checkbox"/> Trouble graphisme
<input type="checkbox"/> Atteinte motricité fine	<input type="checkbox"/> Atteinte visuo-spatiale
<input type="checkbox"/> Atteinte motricité globale	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
<b>Informations éventuelles concernant le comportement et la motivation de l'enfant</b>	

### **ERGOTHERAPEUTE :**

**Nom**

**Adresse**

**Mail**

**Téléphone**

**Recommandations communes :**

<b>Limitation compensée</b>	<b>Lecture/Compréhension</b>	<b>Transcription</b>
<b>Type de logiciel /de périphérique</b>	Υ Aide visuelle à la lecture Υ Synthèse vocale Υ Scanner avec OCR	Υ Correcteur orthographique Υ Prédicteur de mots Υ Echo oral Υ Dictée vocale Υ Scanner
<b>Nom des logiciels/périphériques retenus après essais</b>		

Fait le    /    /

Signature de l'orthophoniste

Signature de l'ergothérapeute

**Cette fiche de liaison a été établie dans le cadre d'un groupe de travail composé d'ergothérapeutes libéraux, d'ergothérapeutes et orthophonistes des SESSAD Troubles du langage de la métropole lilloise et de professionnels de l'équipe du CRDTA (neuropédiatres, ergothérapeute, orthophoniste). Ce groupe de travail s'est réuni à 3 reprises sur la thématique « L'outil informatique et les troubles du langage écrit ».**