

COMTÉ DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT : _____ DATE D'ORIENTATION DE L'ENFANT : (MM/J)/AAAA _____ / _____ / _____

Section 1 : INFORMATION OBLIGATOIRE (En cochant cette case, la municipalité indique qu'elle a reçu la confirmation de la source de l'orientation que le parent/tuteur légal a été consulté et ne s'est pas opposé à l'orientation.)

Information concernant l'enfant	NOM DE L'ENFANT : _____ Nom de famille Prénom Deuxième prénom	DATE DE NAISSANCE : (MM/J)/AAAA _____ / _____ / _____ LANGUE DOMINANTE ou MODE DE COMMUNICATION : _____ Enfant Parent/Tuteur légal
	SEXE : <input type="checkbox"/> Masculin ADRESSE DE L'ENFANT : (Rue, n° d'apt.) <input type="checkbox"/> Féminin _____	ETHNICITÉ : <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino/a <input type="checkbox"/> Ni Hispanique ni Latino/a
RACE : (sélectionnez plusieurs réponses le cas échéant) <input type="checkbox"/> Amérindien(ne) Natif(ve) de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique		<input type="checkbox"/> Noir(e) ou Afroaméricain(e) <input type="checkbox"/> Blanc(he) <input type="checkbox"/> Natif(-ve) d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique
RAISON DE L'ORIENTATION : (Sélectionnez UNE SEULE réponse) <input type="checkbox"/> 1. HANDICAP SUSPECTÉ Cet enfant est orienté vers le programme parce qu'il est soupçonné d'avoir un retard de développement ou un handicap. <input type="checkbox"/> 2. HANDICAP CONFIRMÉ Cet enfant est orienté vers le programme parce qu'il présente un handicap confirmé (maladie physique ou mentale diagnostiquée qui a une forte probabilité d'entraîner un retard de développement). <input type="checkbox"/> 3. À RISQUE Cet enfant n'est PAS suspecté d'avoir un handicap à ce moment-là, mais il est orienté vers le programme parce qu'il est À RISQUE d'avoir un handicap (p. ex., critères de risque identifiés dans la réglementation, orientations CAPTA, etc.). <input type="checkbox"/> 4. À RISQUE Le nourrisson n'a pas réussi le test de dépistage auditif du nouveau-né et n'a pas bénéficié du suivi nécessaire.		
Informations concernant la source de l'orientation	INFORMATIONS CONCERNANT LA SOURCE DE L'ORIENTATION : _____ Prénom Nom de famille Nom de l'organisme/de l'établissement: _____ Adresse: _____ Téléphone: (____) _____ - _____ poste _____ Télécopie: (____) _____ - _____ Courriel: _____	TYPE DE LA SOURCE DE L'ORIENTATION : (Sélectionnez UNE SEULE réponse) <input type="checkbox"/> Parent/Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre membre de la famille (veuillez préciser) _____ <input type="checkbox"/> Médecin traitant de l'enfant <input type="checkbox"/> Hôpital ou clinique <input type="checkbox"/> Programme communautaire/Prestataire du PIP <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL : _____ Nom de famille Prénom Téléphone domicile: (____) ____ - ____ Cellulaire: (____) ____ - ____ Téléphone professionnel: (____) _____ - _____ Adresse: _____ Rue, n° apt. _____ Ville Code postal	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL : _____ Nom de famille Prénom Téléphone domicile: (____) ____ - ____ Cellulaire: (____) ____ - ____ Téléphone professionnel: (____) _____ - _____ Adresse: _____ Rue, n° apt. _____ Ville Code postal
Coordonnées du parent/tuteur légal	NOM DE L'AIDANT/D'UNE AUTRE PERSONNE-RESSOURCE : _____ Nom de famille Prénom Numéro de téléphone: (____) _____ - _____	LIEN AVEC L'ENFANT : <input type="checkbox"/> Grand-parent Autre: _____ <input type="checkbox"/> Parent d'accueil

Chapitre 2 : LES INFORMATIONS SUIVANTES NÉCESSITENT UN CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET ÉCRIT DES PARENTS POUR ÊTRE PARTAGÉES :

Consentement éclairé et écrit du parent/tuteur légal requis

La source de l'orientation confirme qu'elle dispose d'un consentement parental écrit et éclairé comprenant les informations suivantes et tout document joint.
 Signature de la source de l'orientation : _____

Informations complémentaires concernant la raison de l'orientation :
 Fournissez des informations complémentaires sur les problèmes de développement. Incluez tout test effectué et le fonctionnement de l'enfant dans un ou plusieurs domaines de développement pouvant constituer un retard de développement susceptible d'établir l'admissibilité de l'enfant au PIP.

Veillez cocher tous les domaines fonctionnels dans lesquels l'enfant présente des retards (incluez des commentaires pertinents ou notez si des documents sont joints) :

Adaptif : _____

Cognitif : _____

Communication : _____

Physique (motricité globale et fine et comprend la vision, l'audition, la motricité orale, les troubles de l'alimentation et de la déglutition) : _____

Socio-émotionnel : _____

Documents joints : _____

Affection(s) diagnostiquée(s) (y compris les codes de diagnostic/classification internationale des maladies [CIM-10]) : _____

Détails supplémentaires concernant l'orientation : _____

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : ____ / ____ / ____

Remarque : Si le formulaire d'orientation à remplir comporte la signature électronique d'un parent/tuteur légal pour le consentement à joindre les dossiers/rapports de l'enfant, **cette signature doit également comporter un marqueur de validation de la signature électronique (disponible par l'entremise d'applications comme Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) qui indique la date et l'heure de la signature sur le formulaire.** Si cette garantie n'est pas disponible et que la signature d'un parent ou d'un tuteur légal est nécessaire pour la Section 2, le formulaire d'orientation doit être **imprimé** pour permettre au parent ou au tuteur légal de signer le consentement sur la copie papier.

Avec le consentement écrit et éclairé des parents, veuillez JOINDRE LES DOSSIERS ou RAPPORTS qui pourraient aider à déterminer l'admissibilité au Programme d'intervention précoce.

Office Use Only

FOR OFFICE USE ONLY

Date Referral Received: ____ / ____ / ____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____

ISC Agency and Phone: (____) ____- _____ Date of ISC Assignment: ____ / ____ / _____

Data Entry Date: ____ / ____ / _____ Due Date for IFSP: ____ / ____ / _____

*Veuillez prendre connaissance des instructions lorsque vous remplissez ce formulaire. Le formulaire peut être envoyé par la poste, télécopié ou remis au Programme d'intervention précoce du comté/municipalité de résidence de l'enfant.

Exigences en matière d'âge pour les orientations :

Les enfants âgés de moins de trois ans doivent être orientés vers le Programme d'intervention précoce (PIP). Si un enfant est orienté moins de 45 jours après son troisième anniversaire et qu'il est potentiellement admissible à des services en vertu de la Section 4410 de la Loi sur l'éducation, le responsable de l'intervention précoce (Early Intervention Official, ou EIO), avec le consentement écrit des parents, orientera l'enfant vers le Comité de l'éducation spéciale préscolaire (Committee on Preschool Special Education, ou CPSE) du district scolaire local dans lequel l'enfant réside. Le responsable de l'intervention précoce n'est pas tenu de procéder à une évaluation ou à une réunion initiale du plan de services individualisés à la famille (Individualized Family Service Plan, ou IFSP) pour un enfant orienté dans les 45 jours suivant son troisième anniversaire.

SECTION 1 :

Contient les champs qui doivent être remplis lors de l'orientation vers le PIP local. Le formulaire d'orientation *peut* être soumis après avoir rempli la Section 1 avec SEULEMENT les informations de la Section 1. Le consentement des parents n'est pas nécessaire pour soumettre les informations de la Section 1. Les parents doivent être informés de l'intention d'orientation et si un parent s'y oppose, l'orientation ne peut être effectuée.

Voir l'annexe 1 : Que faire lorsque le parent/tuteur légal s'oppose à l'orientation?

Veuillez écrire lisiblement ou dactylographier toutes les informations relatives à l'orientation.

Comté de résidence de l'enfant :

Inscrivez le comté dans lequel l'enfant réside. Il s'agit du comté où le dossier du PIP est envoyé.

Date de l'orientation :

Il s'agit de la date à laquelle la source d'orientation soumet l'orientation vers le PIP local. Il est important que la date d'orientation soit exacte.

Information concernant l'enfant

Nom de l'enfant :

Indiquez le nom complet de l'enfant dans les espaces prévus à cet effet (nom de famille de l'enfant, prénom de l'enfant et second prénom de l'enfant). Veuillez vous assurer que l'orthographe du nom de l'enfant est exacte. N'utilisez pas de surnoms.

Date de naissance :

Date de naissance de l'enfant au format MM/JJ/AAAA.

Langue dominante ou mode de communication de l'enfant et du parent/tuteur légal :

Écrivez la langue dominante ou le mode de communication de l'enfant et du parent/tuteur légal.

Sexe :

Cochez la case correspondant au sexe de l'enfant (masculin ou féminin).

Adresse de l'enfant :

Indiquez l'adresse complète de l'enfant (y compris tout numéro d'appartement), la ville et le code postal + 4 chiffres.

Ethnicité et race :

Cochez la case appropriée pour chaque section. Vous pouvez sélectionner plusieurs races pour un enfant.

Raison de l'orientation :

Dans cette section, vous devez sélectionner la raison pour laquelle vous adressez votre demande d'orientation vers le PIP. Il est important de ne sélectionner qu'UNE SEULE raison.

1. Handicap suspecté :

La source de l'orientation soupçonne que l'enfant concerné présente un handicap ou un retard de développement dans un ou plusieurs domaines fonctionnels du développement (adaptatif, cognitif, communication, physique [y compris les troubles de la vision, de l'audition, de la motricité orale, de l'alimentation et de la déglutition], et socio-émotionnel]. L'orientation des enfants soupçonnés d'avoir un handicap (y compris un retard de développement) doit être fondée sur les éléments suivants :

- A. Les résultats d'un dépistage ou d'une ou plusieurs procédures de diagnostic du développement, l'expérience directe, l'observation et la perception des progrès du développement de l'enfant;
- B. Les informations fournies par un parent qui indiquent un retard de développement ou un handicap;
- C. ou une demande d'un parent pour qu'un tel renvoi soit effectué.

REMARQUE : les nourrissons qui n'ont pas réussi le dépistage auditif du nouveau-né avant leur sortie de l'hôpital et qui ont échoué à tout dépistage auditif ambulatoire sont orientés vers le PIP comme ayant un handicap suspecté afin d'obtenir soit un nouveau dépistage, soit un test auditif de confirmation (diagnostic), à la discrétion de l'audiologiste. Un nourrisson suspecté d'avoir une perte auditive doit subir une évaluation audiolinguistique diagnostique avant l'âge de trois mois.

2. Handicap confirmé :

L'enfant est orienté vers le PIP parce qu'il présente une maladie physique ou mentale diagnostiquée qui a une forte probabilité d'entraîner un retard de développement.

Voir l'Annexe 2 : Conditions physiques et mentales diagnostiquées avec une forte probabilité de retard de développement

Suivi du développement (système Child Find)

3. À risque :

L'enfant ne souffre pas d'un handicap diagnostiqué et la source de référence ne soupçonne pas que l'enfant souffre actuellement d'un handicap. L'enfant est orienté vers un **suivi du développement** parce qu'il **risque** d'avoir un handicap.

Voir l'Annexe 3 : L'orientation des enfants à risque d'avoir un handicap se fait sur la base des critères médicaux/biologiques ou de risque pour la petite enfance suivants

- Références à la loi sur la prévention et le traitement de la maltraitance des enfants (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA) : les enfants orientés vers le PIP dans le cadre de la loi CAPTA fédérale, qui ne sont pas suspectés de retard ou qui présentent une maladie diagnostiquée avec une forte probabilité de retard, seraient désignés comme **à risque**.

4. À risque en raison de l'échec du dépistage auditif du nouveau-né :

Les nourrissons sont également classés dans la catégorie à risque s'ils n'ont pas réussi leur dépistage auditif du nouveau-né et n'ont pas bénéficié du suivi nécessaire en temps voulu ou si la documentation est manquante dans le cadre du programme de détection et d'intervention précoces en matière d'audition (Early Hearing Detection and Intervention, ou EHCI).

Informations concernant la source de l'orientation

Source de l'orientation :

- Les coordonnées de la personne qui effectue l'orientation;
- Prénom et nom de famille dans les espaces prévus à cet effet;
- Incluez l'agence ou l'établissement si la personne travaille pour une agence;
- Indiquez l'adresse;
- Indiquez un numéro de téléphone (y compris le poste) et un numéro de télécopieur auxquels la source de référence peut être jointe en cas de besoin;
- Indiquez l'adresse de courriel à utiliser pour joindre la source de référence si nécessaire. Veuillez noter que les informations de santé protégées ne doivent pas être incluses dans les courriels. Consultez le *Courrier à l'attention d'un collègue - Clarification à l'intention des fournisseurs de services d'intervention précoce sur le consentement des parents à l'utilisation du courriel pour échanger des informations personnellement identifiables*, dans **Informations/Ressources supplémentaires sur l'orientation vers le Programme d'intervention précoce (PIP)** pour de plus amples renseignements.

Voir l'Annexe 4 pour connaître toutes les principales sources d'orientation

Type de la source de l'orientation : (sélectionnez **UNE SEULE réponse**) qui correspond le mieux dans la liste ci-dessous

- **Parent/Tuteur légal**
 - Parent
 - Ami(e)/parent (veuillez préciser) si la personne est le tuteur légal
- **Autre membre de la famille (veuillez préciser)**
 - Ami(e)/parent (veuillez préciser) si la personne n'est **PAS** le tuteur légal
- **Médecin traitant de l'enfant**
 - Médecin/Pédiatre
- **Hôpital ou clinique**
 - Hôpital
 - Prestataire de soins de santé
 - Dépistage auditif des nouveau-nés
 - Établissements de santé publics/communautaires (clinique du service de santé local)
- **Programme communautaire/Prestataire du PIP**
 - Child Find
 - Prestataire de services de garde d'enfants
 - Prestataire du PIP
 - Programme Head Start
 - Personnel interne/de la municipalité
 - District scolaire, ou Agence locale d'éducation
 - Dépistage et suivi (à risque)
- **Autre (veuillez préciser)**
 - Ami(e)/Membre de la famille (veuillez préciser) si ami(e)
 - Organismes de services sociaux
 - Autre (veuillez préciser)

Informations du parent/tuteur légal

Informations du parent/tuteur légal :

- Veuillez renseigner tous les champs d'informations demandés;
- Veuillez vous assurer que les coordonnées d'au moins un parent ou d'un tuteur légal sont incluses et complètement remplies;
- Indiquez le nom de famille et le prénom de chaque parent/tuteur légal dans les espaces prévus, ainsi que l'adresse et les numéros de téléphone auxquels le ou les parents/tuteurs légaux peuvent être contactés;
- Le cas échéant, indiquez la personne ayant un lien de parenté avec l'enfant.

Nom de l'aidant/d'une autre personne-ressource :

Si nécessaire et le cas échéant, indiquez le nom et les coordonnées d'une autre personne par l'intermédiaire de laquelle le parent peut être contacté.

Lien avec l'enfant :

Cochez la case correspondant au lien de parenté exact de cette personne avec l'enfant.

Nom de l'enfant :

Indiquez le nom complet de l'enfant (nom de famille et prénom de l'enfant). N'utilisez pas de surnoms.

Date de naissance de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant au format MM/JJ/AAAA.

SECTION 2 :

Cette section ne peut être remplie, et les informations soumises, que si le parent/tuteur légal a donné son consentement écrit pour inclure ces informations.

Cochez la case et signez pour attester que vous avez reçu le **consentement écrit des parents** pour inclure les informations dans la **Section 2** de ce formulaire d'orientation et joignez tout autre dossier médical ou autre qui pourrait être utilisé pour établir l'admissibilité de l'enfant au PIP.

L'organisme d'évaluation sélectionné utilisera les informations relatives à la demande et tout dossier médical joint pour déterminer le type d'évaluation nécessaire. Il est important que des informations complètes soient jointes à ce dossier (avec le consentement écrit des parents ou du tuteur légal). L'organisme d'évaluation déterminera si un dépistage complet, et/ou une évaluation multidisciplinaire ou une autre évaluation sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité au PIP.

Informations complémentaires concernant la raison de l'orientation :

Cette section comprend toute information recueillie au sujet de l'enfant qui appuie la raison pour laquelle l'enfant est orienté vers le PIP.

Fournissez des informations complémentaires sur les problèmes de développement (y compris tout test effectué) et le fonctionnement de l'enfant dans un ou plusieurs domaines de développement pouvant constituer un retard de développement susceptible d'établir l'admissibilité de l'enfant au PIP.

Domaines fonctionnels :

Sélectionnez le ou les domaines fonctionnels pour lesquels la source d'orientation a identifié que l'enfant présente un retard de développement.

- Adaptif
- Cognitif
- Communication
- Physique (motricité globale et fine et comprend la vision, l'audition, la motricité orale, les troubles de l'alimentation et de la déglutition)
- Socio-émotionnel

Incluez tout commentaire relatif aux retards identifiés ou indiquez que le document a été joint.

Affection(s) diagnostiquée(s) et codes de classification internationale des maladies (CIM-10) :

La source d'orientation doit spécifier la maladie diagnostiquée de l'enfant et inclure le code de diagnostic de la Classification internationale des maladies (CIM-10) qui est approprié pour l'enfant. Plus d'une maladie diagnostiquée et plus d'un code CIM-10 peuvent être inclus sur le formulaire d'orientation.

Voir l'annexe 5

REMARQUE : la source principale d'orientation est chargée d'informer le parent d'un enfant présentant une maladie diagnostiquée qui a une forte probabilité d'entraîner un retard de développement, ou un retard de développement diagnostiqué conforme aux exigences d'admissibilité du PIP de ce qui suit:

1. L'admissibilité au PIP est déterminée par une évaluation pluridisciplinaire.
2. L'importance de fournir un consentement écrit pour que la source principale d'orientation transmette les dossiers ou les rapports nécessaires pour étayer le diagnostic ou, pour les parents ou les tuteurs d'enfants qui n'ont pas de maladie diagnostiquée, les dossiers ou les rapports qui aideraient à déterminer l'admissibilité au programme.

Avec le consentement écrit et éclairé des parents ou du tuteur légal :

Veillez joindre tout dossier/rapport médical ou autre qui pourrait aider à déterminer l'admissibilité d'un enfant au PIP.

Signature du parent/tuteur légal et date :

Remarque : si le formulaire d'orientation à remplir comporte la signature électronique d'un parent/tuteur légal pour le consentement à joindre les dossiers/rapports de l'enfant, **cette signature doit également comporter un marqueur de validation de la signature électronique (disponible par le biais d'applications comme Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) qui indique la date et l'heure de la signature sur le formulaire.** Si cette garantie n'est pas disponible et que la signature d'un parent ou d'un tuteur légal est nécessaire pour la Section 2, le formulaire d'orientation doit être **imprimé** pour permettre au parent ou au tuteur légal de signer le consentement sur la copie papier.

Il s'agit du consentement écrit et éclairé des parents/tuteurs légaux à la transmission des informations médicales de leur enfant au PIP.

FOR OFFICE USE ONLY:

This section is completed by the receiving county.

Informations/Ressources supplémentaires sur l'orientation vers le Programme d'intervention précoce (PIP) :

Réglementation de l'État de New York et loi sur la santé publique concernant les renvois au programme d'intervention précoce : Titre II-A de l'Article 25 de la loi sur la santé publique : <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> et 10 NYCRR Section 69-4.3 : Orientations : <https://regs.health.ny.gov/book/export/html/48709>

Courrier à l'attention d'un collègue - Clarification à l'intention des fournisseurs de services d'intervention précoce sur le consentement des parents à l'utilisation du courriel pour échanger des informations personnellement identifiables :

Ce document contient des informations sur l'utilisation du courriel au sein du PIP : https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm

Mémoire sur l'intervention précoce 94-3 : Réédition des procédures d'orientation vers le programme d'intervention précoce < MM/AAAA >.

Ce document comprend des informations spécifiques concernant l'orientation vers des services spécialisés : <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>

Où envoyer une orientation :

Les orientations doivent être envoyées au responsable de l'intervention précoce du comté où l'enfant réside actuellement. Les principales sources d'orientation peuvent transmettre les orientations par courrier américain ou par télécopie. Une liste des contacts des municipalités et des comtés est disponible à l'adresse suivante : https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm

Informations pour les parents sur le programme d'intervention précoce :

Les informations relatives au programme d'intervention précoce destinées aux parents sont disponibles sur le site Web du programme d'intervention précoce du ministère de la santé de l'État de New York (NYS) : https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm

Les brochures suivantes sont disponibles GRATUITEMENT pour les résidents de l'État de New York :

Une aide précoce fait la différence ! (brochure qui souligne les étapes du développement des enfants de la naissance à l'âge de trois ans)

Étapes de l'intervention précoce : Guide de base des parents pour le programme d'intervention précoce (cette brochure décrit le programme d'intervention précoce)

Brochures sur le dépistage des troubles auditifs chez le nouveau-né :

- *Votre bébé vous entend-il ?*
- *Votre bébé a réussi le dépistage auditif*
- *Votre bébé a besoin d'un autre dépistage*

Directives de pratique clinique (les directives de l'État de New York offrent des recommandations fondées sur des preuves scientifiques et des avis cliniques d'experts sur les pratiques efficaces) :

- *Autisme/troubles envahissants du développement - Évaluation et intervention auprès des jeunes enfants (0 à 3 ans)*
- *Troubles de la communication - Évaluation et intervention auprès des jeunes enfants (0 à 3 ans)*
- *Syndrome de Down - Évaluation et intervention chez les jeunes enfants (0 à 3 ans)*
- *Perte auditive - Évaluation et intervention chez les jeunes enfants (0 à 3 ans)*
- *Troubles moteurs - Évaluation et intervention auprès des jeunes enfants (0 à 3 ans)*
- *Troubles de la vision - Évaluation et intervention pour les jeunes enfants (0 à 3 ans)*

Ces ressources sont disponibles sous forme électronique sur le site Web du programme d'intervention précoce (EIP) du département de la santé de l'État de New York (NYS DOH). Ces ressources peuvent être commandées gratuitement aux résidents de New York par l'intermédiaire du centre de distribution du NYS DOH. Le formulaire de commande est accessible sur le site Web du NYSDOHEIP ou en cliquant sur le lien suivant :

https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf

Annexes

Annexe 1

Que faire lorsque le parent/tuteur légal s'oppose à l'orientation ?

La source principale d'orientation doit:

- Tenir une documentation écrite de l'objection du parent à l'orientation et des mesures de suivi prises par la source principale d'orientation;
- Fournir au parent le nom et les coordonnées du responsable d'intervention précoce si l'on soupçonne que l'enfant a un handicap ou si l'enfant est à risque;
- Dans un délai de deux mois, faire des efforts raisonnables pour assurer un suivi avec le parent et, le cas échéant, orienter l'enfant vers l'EIP, sauf si le parent s'y oppose.

Annexe 2

Conditions physiques et mentales diagnostiquées avec une forte probabilité de retard de développement incluant : (10 NYCRR 69-4.3(f))

- Anomalies chromosomiques associées à un retard de développement (par exemple, le syndrome de Down);
 - Syndromes et affections associés à des retards de développement (par exemple, syndrome d'alcoolisme fœtal);
 - Trouble neuromusculaire (par exemple, tout trouble connu pour affecter le syndrome nerveux central, y compris l'infirmité motrice cérébrale, le spina-bifida, la microcéphalie ou la macrocéphalie);
 - Preuve clinique d'une anomalie du système nerveux central (SNC) à la suite d'une infection bactérienne/virale du cerveau ou à un traumatisme crânien/rachidien;
 - Déficience auditive (perte auditive diagnostiquée qui ne peut être corrigée par un traitement ou une intervention chirurgicale);
 - Déficience visuelle (une déficience visuelle diagnostiquée qui ne peut être corrigée par un traitement, y compris des lunettes ou des lentilles de contact, ou une intervention chirurgicale);
 - Troubles psychiatriques diagnostiqués (par exemple, trouble réactionnel de l'attachement chez le nourrisson et le jeune enfant);
 - Trouble émotionnel/comportemental.
-

Annexe 3

L'orientation des enfants à risque d'avoir un handicap se fait sur la base des critères médicaux/biologiques ou de risque pour la petite enfance suivants :

Critères de risque néonatal	Critères de risque post-néonatal	Autres critères de risque
<ul style="list-style-type: none">• Poids de naissance de 1 000 à 1 501 grammes;• Âge gestationnel inférieur à 33 semaines;• Insuffisance ou anomalie du système nerveux central (y compris convulsions néonatales, hémorragie intracrânienne, nécessité d'une assistance respiratoire pendant plus de 48 heures, traumatisme à la naissance);• Malformations congénitales;• Asphyxie (score d'Apgar de 3 ou moins après 5 minutes);• Anomalies du tonus musculaire (hypertonie ou hypotonie);• Hyperbilirubinémie (> 20 mg/dl);• Hypoglycémie (taux de glucose sérique inférieur à 20 mg/dl);• Déficit de croissance/problèmes nutritionnels (par exemple, petite taille pour l'âge gestationnel, problème d'alimentation important);• Présence d'un trouble métabolique inné (TMI);• Infection transmise par voie périnatale ou congénitale (p. ex., VIH, hépatite B, syphilis);• 10 jours ou plus d'hospitalisation dans une unité de soins intensifs néonataux (USIN);• Abus d'alcool prénatal de la part de la mère;• Abus prénatal de substances illicites de la part de la mère;• Exposition prénatale à des médicaments thérapeutiques ayant des implications potentielles connues sur le développement (p. ex., médicaments psychotropes, anticonvulsifs, antinéoplasiques);• PCU maternelle;• Risque de perte auditive en fonction des antécédents familiaux, y compris la présentation syndromique ou l'échec du dépistage initial de l'audition chez le nouveau-né, et l'enfant a besoin d'un dépistage de suivi;• Risque de déficience visuelle, notamment antécédents familiaux d'affections entraînant la cécité ou une déficience visuelle grave;• Présence d'un syndrome génétique pouvant conférer un risque accru de retard de développement;	<ul style="list-style-type: none">• Inquiétude des parents ou du personnel soignant quant à l'état du développement;• Maladie grave ou blessure traumatique ayant des répercussions sur le développement du système nerveux central et nécessitant une hospitalisation dans une unité de soins intensifs pédiatriques pendant 10 jours ou plus;• Taux élevés de sang veineux (égal ou supérieur à 15 mcg/dl);• Déficit de croissance/programmes nutritionnels (p. ex., retard de croissance organique ou inorganique important, anémie ferriprive importante);• Chronicité ou otite moyenne grave (continue pendant au moins 3 mois);• Infection par le VIH;• Cas avéré d'abus ou de maltraitance d'un enfant;	<ul style="list-style-type: none">• Pas de soins prénataux;• Déficience de développement prénatale ou diagnostic de maladie mentale grave et persistante;• Toxicomanie parentale;• Pas de soins pour l'enfant avant l'âge de six mois ou retard important dans les vaccinations;• Autres critères de risque identifiés par la principale source d'orientation.

Annexe 4

Principales sources d'orientation

Dans les **deux jours ouvrables** suivant l'identification d'un nourrisson ou d'un jeune enfant de moins de trois ans soupçonné d'avoir un handicap ou risquant d'en avoir un, les principales sources d'orientation suivantes orientent ce nourrisson ou ce jeune enfant vers le fonctionnaire désigné par la municipalité, sauf si l'enfant a déjà été orienté ou si le parent s'y oppose :

- Tous les individus qui sont du personnel qualifié et qui fournissent des services dans la mesure où ils sont autorisés par leur licence, leur certification ou leur enregistrement;
- Tous les évaluateurs, coordonnateurs de services et prestataires de services d'intervention précoce agréés;
- Hôpitaux;
- Prestataires de soins de santé pour enfants;
- Programmes de garde d'enfants;
- Unités sanitaires locales (département sanitaire local);
- Districts scolaires locaux;
- Districts de services sociaux locaux, y compris les agences publiques et le personnel du système de protection de l'enfance;
- Établissements de santé publique;
- Refuges et agences de lutte contre la violence domestique;
- Refuges pour familles sans abri;
- Exploitants de toute clinique agréée en vertu de l'Article 28 de la Loi sur la santé publique, de l'Article 16 de la Loi sur l'hygiène mentale ou de l'Article 31 de la loi sur l'hygiène mentale.

Annexe 5

Une liste à jour des *codes internationaux d'affections diagnostiquées (codes CIM-10)* et de leur désignation en tant que maladie diagnostiquée admissible ayant une forte probabilité d'entraîner un retard de développement pour déterminer l'admissibilité au programme d'intervention précoce est tenue à jour et peut être consultée sur le Système de commerce de la santé (Health Commerce System, ou HCS) dans le Système de données sur l'intervention précoce de l'État (State Early Intervention Data System).

Pour ceux qui n'ont pas accès au HCS et au Système de données sur l'intervention précoce de l'État, ces informations peuvent également être consultées sur le site Web de l'agent fiscal de l'État (State Fiscal Agent, PCG) : www.eibilling.com. La liste des codes CIM la plus récemment mise à jour peut être trouvée en utilisant la fonction de recherche dans l'onglet Base de connaissances du site Web.