Learning on TAP

Dépistage des troubles de la vision et de l'audition chez les enfants d'âge scolaire

Formulaire de dépistage

[Logo du prestataire]	Nom de l'examinateur ✎
	Date du dépistage ✎
	Lieu ✎

1. Renseignements sur l'enfant	
Nom ✎	Prénom(s) ✎
Date de naissance ✎	Genre : Masculin ☐ Féminin ☐ Autre ☐
Adresse ✎	
École ✎	Classe ✎
Renseignements sur le parent/responsable	
Nom ✎	Prénom(s) ✎
Téléphone/courriel ✎	Langues parlées ✎
Consentement : Oui ☐ Non ☐	

2. Questions préalables au dépistage *Recopier les informations figurant sur le formulaire de consentement.*			**Résultat**
L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui ☐ Non ☐	**Oui** → À quoi servent-elles ?		**Non** → Continuer **Oui** et un **problème est détecté** au dépistage ☞ **Orienter** vers le spécialiste des yeux qui suit déjà l'enfant☐
	À voir de loin	☐	→ Demander à l'enfant de porter ses lunettes pendant le test ☐
	À voir de près	☐	→ Demander à l'enfant de **ne pas** porter ses lunettes pendant le test ☐
	Ne sait pas	☐	
L'enfant utilise-t-il une aide auditive ? Oui ☐ Non ☐			**Non** → Continuer ☐ **Oui** et **un problème est détecté** au dépistage ☞ **Orienter** vers le spécialiste des oreilles qui suit déjà l'enfant☐
L'enfant est-il diabétique ? Oui ☐ Non ☐			**Non** aux **deux** → Continuer ☐ **Oui** à l'une des questions ☞ **Orienter** vers un spécialiste des yeux ☐
L'enfant se plaint-il de douleurs, de gêne ou de démangeaisons intenses à l'œil ? Oui ☐ Non ☐			
La vision de l'enfant inquiète-t-elle ses parents ? Oui ☐ Non ☐			**Non** aux **deux** → Continuer ☐ **Oui** à une question ou aux deux → Continuer. Si le résultat du test est normal, programmer un dépistage de suivi ☐
L'audition de l'enfant inquiète-t-elle ses parents ? Oui ☐ Non ☐			

3. Test de la vision de loin		
Échelle :	Jusqu'à 8 ans ☐ → HOTV Plus de 8 ans ☐→ Échelle en E	
Lunettes :	Si l'enfant porte des lunettes pour la vision de loin, les porte-t-il aujourd'hui ?	Oui ☐ Non ☐

Œil droit : Ligne supérieure	**Résultat**	**Œil droit : Ligne inférieure**	**Résultat**
L'enfant reconnaît **2 lettres ou plus** sur la ligne supérieure : Oui ☐ Non ☐	**Oui** →Passer à la ligne inférieure **Non** → Passer à l'œil gauche	L'enfant reconnaît **3 lettres ou plus** sur la ligne inférieure : Oui ☐ Non ☐	**Oui** aux **deux** → **Normal** ☐ **Non** à l'un ou l'autre ☞ **Orienter** ☐
Œil gauche : Ligne supérieure	**Résultat**	**Œil gauche : Ligne inférieure**	**Résultat**
L'enfant reconnaît **2 lettres ou plus** sur la ligne supérieure : Oui ☐ Non ☐	**Oui** → Passer à la ligne inférieure **Non** → Passer à l'examen des yeux	L'enfant reconnaît **3 lettres ou plus** sur la ligne inférieure : Oui ☐ Non ☐	**Oui** aux **deux** → **Normal** ☐ **Non** à l'un ou l'autre ☞ **Orienter** ☐

4. Examen des yeux *Examiner chaque œil à la lampe.*			**Résultat**
Les **deux** yeux semblent-ils en bonne santé ? Oui ☐ Non ☐	**Non** → Pourquoi ?		**Oui** → **Normal** ☐ **Non** ☞ **Orienter** ☐
	Croûtes ou pus sur les cils ou les paupières	☐	
	Blanc de l'œil rouge	☐	
	Écoulement oculaire	☐	
	Partie colorée de l'œil voilée ou laiteuse	☐	
	Yeux ne regardant pas dans la même direction	☐	
	Autre	☐	

5. Test de l'audition

Entraînement		**Résultat**
L'enfant perçoit-il le son à 1000 Hz et 40 dB ?	Oreille droite : Oui ☐ Non ☐	**Oui** aux **deux** → **Normal** ☐
	Oreille gauche : Oui ☐ Non ☐	**Non** à l'une ou l'autre ☞ **Orienter** ☐ Arrêter le test de l'audition et → Passer à l'examen des oreilles

Dépistage complet										**Résultat**
	Cocher si l'enfant perçoit le son à 20 dB									
	1000 Hz			**2000 Hz**			**4000 Hz**			**Deux coches ou plus** à chaque fréquence pour les deux oreilles → **Normal** ☐
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	**Moins de deux coches** à l'une des fréquences pour une oreille ou les deux ☞ **Orienter** ☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

6. Examen des oreilles			
Oreille externe *Examiner visuellement chaque oreille.*			**Résultat**
Les **deux** oreilles semblent-elles en bonne santé ? Oui ☐ Non ☐	**Non** → Pourquoi ?		**Oui** → **Normal** ☐ **Non** ☞ **Orienter** ☐
	Lésion / cicatrices / traumatisme	☐	
	Pavillon ou conduit auditif manquant ou de forme très différente	☐	
	Œdème	☐	
	Changement de couleur	☐	
	Écoulement	☐	
L'enfant ressent-il une douleur quand vous appuyez sur le tragus ?	Gauche : Oui ☐ Non ☐		**Non** aux **deux** → **Normal** ☐ **Oui** à l'une ou l'autre → Arrêter l'examen des oreilles et ☞ **Orienter** ☐
	Droite : Oui ☐ Non ☐		

Intérieur de l'oreille (conduit auditif et tympan) *Examiner chaque oreille à l'aide de l'otoscope.*			**Résultat**
Les **deux** oreilles semblent-elles en bonne santé ? Oui ☐ Non ☐	**Non** → Pourquoi ?		**Oui → Normal** ☐ **Non ☞ Orienter** ☐
	Douleur	☐	
	Œdème	☐	
	Rougeur	☐	
	Écoulement	☐	
	Obstruction (cérumen ou corps étranger)	☐	
	Lésion / traumatisme	☐	
	Autre	☐	
Les **deux** tympans semblent-ils en bonne santé ? Oui ☐ Non ☐	**Non** → Pourquoi ?		**Oui → Normal** ☐ **Non ☞ Orienter** ☐
	Tympan non visible	☐	
	Œdème ou rougeur	☐	
	Trous (perforations)	☐	

7. Plan		
Résultats	**Plan**	
Absent	Reprogrammer un dépistage	☐
Résultats normaux	Informer les parents des résultats au moyen du formulaire de notification	☐
	Le parent/responsable est inquiet	
	Échanger avec les parents	☐
	Planifier un dépistage de suivi	☐
Résultat Orienter pour l'un des éléments suivants : • Questions préalables au dépistage • Test de la vision • Examen des yeux • Test de l'audition • Examen des oreilles	Discuter avec les parents ou le responsable de la nécessité d'orienter l'enfant	☐
	L'enfant utilise déjà des lunettes ou une aide auditive	
	Demander au parent/responsable d'emmener l'enfant consulter son spécialiste	☐
	Envoyer le formulaire de notification	☐
	Noter les informations sur la liste des orientations	☐
	Transmettre l'information au coordonnateur du dépistage	☐