



Feuille d'observation des signes déclencheurs



Les Conceptions SC

1 Informations générales



Nom de l'élève / usager : _____

Date : _____

Heure : _____

Milieu / lieu : _____

Observateur(trice) : _____

2 Contexte de la situation



Activité en cours : _____

Personnes présentes : _____

Consigne ou demande donnée : _____

3 Signes déclencheurs observés



☐ Agitation motrice

☐ Tension corporelle

☐ Impatience

☐ Ton de voix qui change

☐ Respiration rapide

☐ Propos négatifs

☐ Autre : _____

☐ Regard fuyant

☐ Pleurs

☐ Sensibilité sensorielle

☐ Refus / opposition

☐ Isolement

☐ Besoin de contrôle

4 Déclencheurs possibles



☐ Changement de routine

☐ Bruit / surcharge sensorielle

☐ Transition

☐ Attente

☐ Tâche difficile

☐ Incompréhension de la consigne

☐ Autre : _____

☐ Refus / limite imposée

☐ Fatigue

☐ Séparation

☐ Conflit avec un pair

☐ Faim / soif

5 Intensité des signes



☐ 1 Faible

☐ 2 Léger

☐ 3 Modéré

☐ 4 Élevé

☐ 5 Très élevé

6 Interventions préventives tentées



☐ Rappel visuel

☐ Retrait dans un endroit calme

☐ Validation émotionnelle

☐ Pause

☐ Respiration

☐ Autre : _____

☐ Choix limités

☐ Aide individuelle

7 Résultat / évolution



8 Notes complémentaires et suivi à prévoir



9



Signature : _____

Date du suivi : _____

