

A. Renseignements sur la personne blessée			
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)	
<b>Soumettez le présent formulaire à la fin du Programme de soins assuré par une équipe interdisciplinaire ou au moment du congé.</b>			
Personne blessée ayant terminé le programme de soins		Personne blessée n'étant pas revenue/ayant cessé volontairement le traitement	
Siège(s) traité(s) :		Situation professionnelle actuelle :	
		Personne travaillant      Personne interrompant le travail	
Numéro du bloc complémentaire :		Nombre de séances ayant eu lieu dans le cadre du bloc complémentaire :	

B. Renseignements sur la personne professionnelle de la santé réglementée			
Nom et profession de la personne chef d'équipe		Nom et profession des autres membres de l'équipe	
Nom de l'établissement		Téléphone	Num. de prestataire de la WSIB
Adresse (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Date du rapport (jj/mm/aaaa)		Date de la dernière séance de traitement (jj/mm/aaaa)	

C. Renseignements cliniques		
1. Quelles interventions thérapeutiques avez-vous assurées?		
2. Réponse thérapeutique à ce jour (globalement) :		
Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante	Amélioration modérée
Amélioration minimale	Aucune amélioration	Aggravation
Fournissez des détails sur les objectifs thérapeutiques et les progrès :		

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**C. Renseignements cliniques (suite)**

3. Description des symptômes actuels de la personne :

4. Description des effets sur l'état fonctionnel (plans social, professionnel et personnel) :

5. S'il y a lieu, veuillez indiquer les facteurs de stress psychosocial perturbant le rétablissement et les décrire :

6. Résumé des constatations de l'évaluation physique (y compris celles de l'examen des sièges lésionnels) :

Examen	Constatations et détails (y compris les constatations négatives pertinentes)											
	Main droite				Main gauche				Ambidextrie			
Observation et palpation (p. ex. : posture, démarche, degré d'immobilisation)												
	Évaluation initiale						Évaluation actuelle					
Zone de mouvement (partie du corps/ articulation)	Amplitude articulaire active		Amplitude articulaire passive		Test de résistance		Amplitude articulaire active		Amplitude articulaire passive		Test de résistance	
	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche

Facteurs limitants/commentaires :

Examen neurologique (p. ex. : examen sensoriel, examen des réflexes moteurs, examen neurodynamique) :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**C. Renseignements cliniques (suite)**

Examen orthopédique/particulier pertinent :

Autre (précisez) :

**D. Mesure des résultats**

Veillez utiliser au moins une méthode de mesure des résultats fonctionnels en fonction du ou des sièges lésionnels de la personne. Il est nécessaire d'utiliser la ou les mêmes méthodes tout au long de la période de traitement.

	Note à l'évaluation initiale	Note à l'évaluation actuelle
Échelle d'incapacité cervicale (NDI) <b>Degré d'incapacité</b> : de 0 à 4 (de 0 à 8 %) = aucune incapacité; de 5 à 14 (de 10 à 28 %) = légère incapacité; de 15 à 24 (de 30 à 48 %) = incapacité modérée; de 25 à 34 (de 50 à 64 %) = grave incapacité ; plus de 34 (de 70 à 100 %) = incapacité totale.	_____ %	_____ %
Questionnaire d'Oswestry sur les incapacités liées à la douleur lombaire (ODI, version 2.1a) <b>Degré d'incapacité</b> : de 0 à 20 % = incapacité minime; de 21 à 40 % = incapacité modérée; de 41 à 60 % = grave incapacité; de 61 à 80 % = personne infirme; de 81 à 100 % = personne alitée/exagération des symptômes.	_____ %	_____ %
Module QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité	_____ /100	_____ /100
Module professionnel QuickDASH	_____ /100	_____ /100
Plus la note est élevée, plus l'incapacité est importante.		
Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (LEFS) Plus la note est basse, plus l'incapacité est importante.	_____ /80	_____ /80
Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la Santé (WHODAS), version 2.0, en 12 éléments Plus la note est élevée, plus l'incapacité est importante.	_____ /48	_____ /48

**S'il y a lieu sur le plan clinique**, évaluez l'anxiété, l'humeur ou la douleur en fonction de la méthode de mesure applicable. Veillez répéter l'opération autant de fois que nécessaire tout au long de la période de traitement.

Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé-7 (échelle GAD-7) <b>Degré des symptômes d'anxiété</b> : de 0 à 9 = anxiété allant de nulle à légère; de 10 à 14 = anxiété modérée; de 15 à 21 = grave anxiété.	_____ /21	_____ /21
Questionnaire sur la santé du patient-9 (QSP-9) <b>Degré des symptômes de dépression</b> : de 0 à 4 = dépression nulle; de 5 à 9 = légère dépression; de 10 à 14 = dépression modérée; de 20 à 27 = grave dépression.	_____ /27	_____ /27
Questionnaire sur l'efficacité personnelle en présence de douleur (PSEQ) Plus la note est basse, plus les niveaux en matière d'efficacité personnelle et de confiance relativement à la gestion de la douleur sont faibles.	_____ /60	_____ /60

Commentaires (fournissez une interprétation, les constatations clés... en fonction des méthodes ayant servi à mesurer les résultats) :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**E. Diagnostic et pronostic**

1. Indiquez le ou les diagnostics liés au travail et le pronostic correspondant :

Diagnostic(s)	Pronostic (p. ex. : rétablissement fonctionnel complet prévu, rétablissement partiel prévu, aucun rétablissement accru prévu)	Délai prévu et raisons (à étayer avec les constatations cliniques et les obstacles au rétablissement)

2. Existe-t-il des facteurs susceptibles de retarder le rétablissement de la personne et son retour au travail? Oui    Non  
Si « **Oui** », veuillez les établir :

Craindre ou éviter des activités  
Comorbidités  
Soutien limité  
Croire que toute douleur est nuisible  
Morosité

Sentiment de ne pas être encore capable de reprendre le travail  
Tâches professionnelles moyennes ou lourdes  
Conditions de travail et(ou) travail par quarts  
Difficulté à passer des tâches modifiées aux tâches d'avant la lésion  
Sentiment que les tâches actuelles ne sont pas appropriées

Autre (veuillez préciser) :

**F. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement**

1. Recommandez-vous une autre orientation à des fins d'évaluation ou de traitement? Nous pouvons aider la personne à bénéficier d'autres services, s'il y a lieu. Oui (veuillez préciser ci-dessous)    Non

2. Recommandez-vous un bloc de traitement complémentaire?  
Oui (veuillez nous appeler pour l'autorisation préalable) Non (aucun autre traitement nécessaire)

Si « **Oui** », indiquez la raison du traitement additionnel et les objectifs connexes :

Fréquence estimative du traitement : \_\_\_\_\_ fois par semaine

Durée estimative du traitement : \_\_\_\_\_ semaines

Date de début du bloc complémentaire demandé : \_\_\_\_\_

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**F. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement (suite)**

3. Avez-vous communiqué avec d'autres personnes professionnelles de la santé traitantes (p. ex. : prestataire du Programme de soins musculo-squelettiques, autres prestataires contractuels, personne chirurgienne orthopédiste, médecin de famille, etc.)?

Oui          Non          S.O.

Si « **Oui** », veuillez fournir les grandes lignes de la discussion :

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet des renseignements figurant dans le présent rapport, veuillez appeler \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

**G. Signatures**

Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée responsable de l'équipe	Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée
Date (jj/mmm/aaaa)	Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**H. Capacités et restrictions en vue de la planification du retour au travail**

<b>Capacités</b>		
<p><b>Marche :</b></p> <p>Au maximum des capacités Maximum de 100 mètres De 100 à 200 mètres Autre (précisez) :</p>	<p><b>Position debout :</b></p> <p>Au maximum des capacités Maximum de 15 minutes Durée de 15 à 30 minutes Autre (précisez) :</p>	<p><b>Position assise :</b></p> <p>Au maximum des capacités Maximum de 30 minutes Durée de 30 à 60 minutes Autre (précisez) :</p>
<p><b>Ascension d'un escalier :</b></p> <p>Au maximum des capacités Maximum de cinq marches De cinq à dix marches Autre (précisez) :</p>	<p><b>Soulèvement d'une charge du sol à la taille :</b></p> <p>Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (&gt;20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Soulèvement d'une charge de la taille aux épaules :</b></p> <p>Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (&gt;20 kg) Autre (précisez) :</p>
<p><b>Soulèvement d'une charge au-dessus du niveau des épaules :</b></p> <p>Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (&gt;20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Poussée/traction d'une charge :</b></p> <p>Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (&gt;20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Ascension d'une échelle :</b></p> <p>Au maximum des capacités D'un à trois barreaux De quatre à six barreaux Autre (précisez) :</p>
<p><b>Capable de conduire une voiture?</b> Oui Non (veuillez expliquer) :</p>	<p><b>Capable d'utiliser les transports en commun?</b> Oui Non (veuillez expliquer) :</p>	

**Restrictions**      Aucune

**Mouvements répétitifs de flexion/torsion de ce qui suit (précisez) :**

Fréquence :      Occasionnellement (de 1 à 33 %)      Fréquemment (de 34 à 66 %)      Constamment (de 67 à 100 %)

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

**H. Capacités et restrictions en vue de la planification du retour au travail (suite)**

**Restrictions**

**Usage de la ou des mains :**

<b>Main gauche</b>	<b>Main droite</b>
Préhension	
Pincement	
Autre (veuillez préciser) :	

Fréquence :      Occasionnellement (de 1 à 33 %)      Fréquemment (de 34 à 66 %)      Constamment (de 67 à 100 %)

**Utilisation d'un engin motorisé** (p. ex., chariot élévateur) :

<b>Exposition aux produits chimiques suivants :</b>	<b>Exposition à des facteurs environnementaux</b> (p. ex. : chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	<b>Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) :</b>	<b>Exposition à des vibrations :</b>  Personne globale Main/bras
		<b>Remarque :</b> N'indiquez pas le nom des médicaments.	

**Autres commentaires sur les capacités et restrictions :**

**Délai estimatif pour les capacités et les restrictions :**

**Résumez l'évolution des capacités fonctionnelles depuis le précédent rapport. :**

**I. Signature**

Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée responsable de l'équipe	Date (jj/mmm/aaaa)
---	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.