



**Programme de soins pour les  
lésions musculo-squelettiques  
Sommaire des soins et des résultats**

Nom de famille du travailleur	Prénom du travailleur
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)

N° de dossier
---------------

**C. Renseignements fonctionnels (suite)**

2. Avez-vous déterminé des facteurs qui pourraient retarder le rétablissement ou le retour au travail?  Oui  Non  
Si oui, précisez :

**D. Renseignements cliniques**

1. Changement concernant les signes cliniques pertinents :

2. Autres renseignements pertinents :

**E. Renseignements sur le retour au travail**

1. a. Après son congé, le travailleur est-il en mesure d'accomplir toutes ses tâches et heures régulières?  Oui  Non  
b.  Le travailleur en a été informé.

2. a. Si le travailleur n'est pas apte à accomplir toutes ses tâches et heure régulières, indiquez le genre de contact que vous avez eu avec la CSPAAT.  
 Oral  Écrit  Aucun  A appelé le numéro de confirmation \_\_\_\_\_

b. Nom de la personne-ressource à la CSPAAT

Date du contact (jj/mmm/aaaa)

3. Quelles sont vos recommandations en ce qui concerne les activités de travail?

Tâches régulières  Oui  Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Tâches modifiées  Oui  Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Heures régulières  Oui  Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Heures modifiées  Oui  Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

4. Le travailleur a-t-il repris toutes ses tâches régulières et son horaire de travail régulier? Oui  Non

Commentaires

**F. Sommaire des soins fournis**

1. Date de la dernière visite (jj/mmm/aaaa)

2. Indiquez le nombre total de consultations :

**3. Interventions du programme de soins**

	Oui	Non
Éducation		
Modification des activités		
Exercices thérapeutiques		
Manipulation et mobilisation		
Massage		
Modalités électrothermiques		
Immobilisation au moyen d'attelles		

Signature du professionnel de la santé

Date (jj/mmm/aaaa)