

Envoyer au: 200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1

ou télécopier au : (416) 344-4684 OR 1-888-313-7373

Programme de soins pour les épaules Rapport d'évaluation initiale

Ville	Écrivez en CARAC	TÈRES D'IMPR	IMERIE et	à l'enci	re noire) .				N	uméro de dossier	
Adresse (n°, rue, app.) Ville	A. Renseignements sur le pat	tient et l'emple	yeur)								
Province Province Code postal	Nom de famille				Prénom				Init.			
Province Province Code postal												
Téléphone Date de Il mm alaba Date de Date d	Adresse (n°, rue, app.)											
Téléphone Date de Il mm alaba Date de Date d												
Nom du superviseur ou de la personne-ressource Appellation d'emplo/profession actuelle du patient Emptoi actuel occupé depuis combien de temps? Situation professionnelle au moment de l'évaluation Temps plein Taches régulières Temps plein Taches régulières Temps plein Taches régulières Temps plein Taches régulières Temps partiel Temps plein Taches modifiées Temps partiel Temps plein Taches régulières Temps partiel Temps partiel Temps plein Taches modifiées Temps partiel Temps partiel Temps plein Temps plein Temps partiel Temps partiel Temps partiel Temps partiel Temps plein Temps partiel de la colffe des rotateurs ou tendinose Tendinite de la colffe des rotateurs ou tendinose Tendinite de la colffe des rotateurs Tendin	Ville					Provinc	е				Code postal	
Nom du superviseur ou de la personne-ressource Appellation d'emplo/profession actuelle du patient Appellation d'emplo/profession actuelle du patient Emploi actuel occupé depuis combien de temps? Situation professionnelle au moment de l'évaluation Temps plein OU Taches modifiées Veuillez demander au patient: Combien de temps? Heures régulières OU Taches modifiées Veuillez demander au patient: Combien de temps pensez-vous être absent du travail? jours B. Renseignements cliniques Weuillez indiquer le nom du professionnel de la santé qui a orienté le patient (s'il y a lieu) Date de forientation Jensiblesse Perte de mouvement Instabilité Instabilité Perte de mouvement Instabilité	Tálánhana	Date do i	mm	aaaa	Data	40 II	mm	aa	l l	Sovo		
Nom du superviseur ou de la personne-ressource Appellation d'emploi/profession actuelle du patient Emploi actuel occupé depuis combien de temps?		Date de								Sexe		F
Appellation d'emploi/profession actuelle du patient Combien de temps?	Nom de l'employeur				•		•	•		•		
Situation professionnelle au moment de l'évaluation Temps plein OU	Nom du superviseur ou de la personne-ressource								Téléphone			
Situation professionnelle au moment de l'évaluation Temps plein OU									()			
Temps plein Tâches régulières OU Tâches modifiées Heures régulières OU Tâches modifiées Veuillez demander au patient : Heures régulières OU Heures modifiées Veuillez demander au patient : Combien de temps pensez-vous être absent du travail? jours B. Renseignements cliniques Veuillez indiquer le nom du professionnel de la santé qui a orienté le patient (s'il y a lieu) Date de ji mm aaaa Signes cliniques (veuillez préciser au besoin) Perte de mouvement Instabilité Arc douloureux Instabilité Autre Diagnostic Rupture partielle de la coiffe des rotateurs ou tendinose acromical Profinite du biceps Rupture du tenden du biceps Rupture complète de la coiffe des rotateurs Autre Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps) : Autonomie Autonomie Autonomie Autonomie Soins aux Profinites Soins aux Entretien ménager Autre Commentaires : Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Appellation d'emploi/profession actuelle du patient								Emploi actuel occupé depuis combien de temps?			
Taches régulières OU	Situation professionnelle au moment de l'évaluation											
Heures régulières Du												
Veuillez indiquer le nom du professionnel de la santé qui a orienté le patient (s'il y a lieu) Date de ji mm aaaa Signes cliniques (veuillez préciser au besoin) Faiblesse	Vouinez demander du patient.											
Signes cliniques (veuillez préciser au besoin) Faiblesse	B. Renseignements cliniques											
Signes cliniques (veuillez préciser au besoin) Faiblesse	Veuillez indiquer le nom du professi	onnel de la santé	qui a orienté	é le patie	nt (s'il y	a lieu)				tion	jj mm a	aaa
Faiblesse Perte de mouvement Instabilité Arc douloureux Instabilité Autre Diagnostic Rupture de l'articulation acromic-claviculaire Tendinite du biceps Conflit sous-acromial Rupture du tendon du biceps Rupture complète de la colffe des rotateurs Autre Commentaires: Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Autonomie Activités sportives ou récréatives ou récréatives Loisirs Troubles du sommeil Soins aux enfants Entretien ménager Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions									Jileiita	tion		
Arctivités sportives Autre Bursite Rupture partielle de la coiffe des rotateurs ou tendinose Tendinite du biceps Rupture complète de la coiffe des rotateurs Tendinite du biceps Rupture complète de la coiffe des rotateurs Tendinite du biceps Rupture complète de la coiffe des rotateurs Tendinite du biceps Rupture complète de la coiffe des rotateurs Entorse ou foulure	Signes cliniques (veuillez préciser au besoin)											
Autre Bursite Rupture partielle de la coiffe des rotateurs ou tendinose Tendinite du biceps Conflit sous-acromial Rupture du tendon du biceps Conflit sous-acromial Rupture du tendon du biceps Conflit des rotateurs Entorse ou foulure Commentaires : Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps) : Activités sportives Activités sportives Commentaires Commenta												
Diagnostic Entorse de l'articulation acromio-claviculaire Tendinite du biceps Rupture partielle de la coiffe des rotateurs ou tendinose Tendinite du biceps Rupture du tendon du biceps Autre Commentaires: Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Autonomie Loisirs Autonomie Loisirs Autre Commentaires: Entorse ou foulure Activités sportives Ou récréatives Troubles du sommeil Entretien ménager Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions					IIIStabilit	e e						
Entorse de l'articulation aromono-daviculaire												
Tendinite du biceps Rupture du tendon du biceps Rupture du tendon du biceps Autre Commentaires: Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Autonomie Activités sportives ou récréatives Loisirs Toubles du sommeil Activités sportives ou récréatives Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions		Bursite				Rupti	ure partie	elle de la	coiffe d	les rotat	eurs ou tendinose	
Autre Commentaires: Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Autonomie Loisirs Troubles du sommeil Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Tendinite du biceps			le.		_			les rotat	teurs		
Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Activités sportives ou récréatives Troubles du sommeil Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions												
Décrivez les limitations du patient relativement aux activités de la vie quotidienne (autonomie, sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps): Autonomie Loisirs Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions												
et passe-temps): Autonomie Loisirs Troubles du sommeil Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Outilition Control Con											
et passe-temps): Autonomie Loisirs Troubles du sommeil Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions												
et passe-temps): Autonomie Loisirs Troubles du sommeil Soins aux enfants Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Décrives les limitations du nationt «	alativamant avv a	ativitás da la	. vio avet	idianna	'autan an	aia aan	مانموسم	o stinin	ation à	i doo laiaiya ayay	
Loisirs Troubles du sommeil Soins aux Entretien ménager Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	et passe-temps) :	elativement aux a	ctivites de la	i vie quot	lulenne	autonon	nie, soi	iiiieii, p	articip	ation a	i des idisirs, sport	.5
Soins aux Entretien ménager Autre Commentaires: Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Autonomie				Activités ou récréa	sportives atives						
Autre Commentaires : Entreuen menager Commentaires : Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Loisirs	Loisirs Troubles du sommeil										
Commentaires :	Soins aux enfants				Entretier	ménager						
Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions	Autre											
Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions chirurgicales).	Commentaires :											
Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions chirurgicales).												
Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions chirurgicales).												
	Fournissez tout renseignement méd	lical pertinent (p.	ex., antécéd	ents méd	licaux, m	édicame	ents, ét	ats path	nologiq	ues et	interventions	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·												

www.wsib.on.ca Page 1 de 2 **2522B** (09/12)

Nom de famille du patient	Prénom	Programme de soins pour les epaules Rapport d'évaluation initiale			
Date de jj mm aaaa naissance	Date de jj mm aaaa la lésion	Numéro de dossier			
B. Renseignements cliniques (suite	9)				
Veuillez cocher les facteurs de complication Croit que la douleur est nuisible Préfère les traitements passifs Autre Commentaires :	n qui pourraient retarder le rétablissement o Préoccupations personnelles Morosité/retrait social	u le retour au travail. Craint/évite les activités Préoccupations professionnelles			
Posez au patient les questions du ques 1. QuickDASH Disability/Symptom Score (Résultat du test QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité) Fréquence et durée des visites du program	sur le trava	Work Module Score es modules QuickDASH			
C. Recommandations concernant le	retour au travail				
ou rétourner au travail? Si oui , précisez : Tâches régulières Tâches modifiées Décrivez les limitations fonctionnelles du p Aucune limitation Limitations comme précisé ci-dess Transport Soulèvement Extension Poussée/Traction	Heures modifiées pour atient : ous Travail au-dessus of Travail au-dessus of Garder les membre	n , indiquez la date prévue le retour au travail :			
D. Facturation des professionnels	de la santé				
Chiropraticien Physiothérape	eute Autre				
Nom du professionnel de la santé (en cara	ctères d'imprimerie)	Date de ^{jj mm} ^{aaaa} l'évaluation			
Nom de l'établissement		N° de fournisseur à la CSPAAT			
Adresse (n°, rue, bureau)	Téléphone ()				
Ville		Prov. Code postal			
	fait délibérément une déclaration o que les renseignements soumis so	u une assertion fausse ou trompeuse à la nt véridiques et complets.			
Signature du professionnel de la santé		Date jj mm yyyy			

■ 2522B2 Page 2 de 2