imprimer | sauvegarder | rétablir

wsib cspaat ONTARIO
Workplace Safety & Insurance Board
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

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

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

Numéro de dossier

début -->

A. Renseignements sur le patient et l'employeur

Nom de famille | Prénom | Init.

Adresse (n°, rue, app.)

Ville | Province | Code postal

Téléphone | Date de naissance jj mm aaaa | Date de la lésion jj mm aaaa | Sexe ☐ H ☐ F

Nom de l'employeur

Nom du superviseur ou de la personne-ressource | Téléphone ( )

Appellation d'emploi/profession actuelle du patient | Emploi actuel occupé depuis combien de temps?

Situation professionnelle au moment de l'évaluation

☐ Temps plein **OU** ☐ Temps partiel ☐ Ne travaille pas
☐ Tâches régulières **OU** ☐ Tâches modifiées
☐ 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 l'orientation jj mm aaaa

Signes cliniques (veuillez préciser au besoin)

☐ Faiblesse _____ ☐ Perte de mouvement _____
☐ Arc douloureux _____ ☐ Instabilité _____
☐ Autre _____

Diagnostic

☐ Entorse de l'articulation acromio-claviculaire ☐ Bursite ☐ Rupture partielle de la coiffe des rotateurs ou tendinose
☐ Tendinite du biceps ☐ Conflit sous-acromial ☐ Tendinite de la coiffe des rotateurs
☐ Rupture du tendon du biceps ☐ Rupture complète de la coiffe des rotateurs ☐ Entorse ou foulure
☐ 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 _____ ☐ Troubles du sommeil _____
☐ Soins aux enfants _____ ☐ Entretien ménager _____
☐ Autre _____

Commentaires : _____

Fournissez tout renseignement médical pertinent (p. ex., antécédents médicaux, médicaments, états pathologiques et interventions chirurgicales).

_____

Nom de famille du patient	Prénom
Date de naissance jj mm aaaa	Date de la lésion jj mm aaaa

Programme de soins pour les épaules
Rapport d'évaluation initiale

Numéro de dossier

B. Renseignements cliniques (suite)

Veuillez cocher les facteurs de complication qui pourraient retarder le rétablissement ou le retour au travail.

début --> ☐ Croit que la douleur est nuisible ☐ Préoccupations personnelles ☐ Craint/évite les activités
☐ Préfère les traitements passifs ☐ Morosité/retrait social ☐ Préoccupations professionnelles
☐ Autre _____

Commentaires : _____

Posez au patient les questions du questionnaire QuickDASH et de ses modules sur le travail.

1. QuickDASH Disability/Symptom Score (Résultat du test QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité) ☐
2. QuickDASH Work Module Score (Résultat des modules QuickDASH sur le travail) ☐

Fréquence et durée des visites du programme de soins.

_____

C. Recommandations concernant le retour au travail

Compte tenu des constatations découlant de votre évaluation, le patient peut-il continuer à travailler ou retourner au travail? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, précisez : ☐ Tâches régulières ☐ Heures régulières
☐ Tâches modifiées ☐ Heures modifiées

Si **non**, indiquez la date prévue pour le retour au travail : jj mm aaaa

Décrivez les limitations fonctionnelles du patient :

☐ Aucune limitation
☐ Limitations comme précisé ci-dessous

☐ Transport _____
☐ Soulèvement _____
☐ Extension _____
☐ Poussée/Traction _____
☐ Travail répétitif _____
☐ Autre _____

☐ Travail au-dessus de la tête _____
☐ Travail au-dessus du niveau des épaules _____
☐ Garder les membres éloignés du corps _____

Commentaires :

_____

D. Facturation des professionnels de la santé

☐ Chiropraticien ☐ Physiothérapeute ☐ Autre _____

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)	Date de l'évaluation jj mm aaaa
Nom de l'établissement	N° de fournisseur à la CSPAAT
Adresse (n°, rue, bureau)	Téléphone ( )
Ville	Prov. / Code postal

Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la CSPAAT. Je déclare par la présente que les renseignements soumis sont véridiques et complets.

Signature du professionnel de la santé	Date jj mm yyyy
Tapez votre nom et téléversez le formulaire, ou encore imprimez-le et signez-le avant de le retourner à la WSIB.	

imprimer sauvegarder rétablir