

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

Numéro de dossier

A. Renseignements sur le patient

Nom de famille			Prénom			Init.
Date de naissance	JJ mm aaaa	Date de la lésion	JJ mm aaaa	Date de congé du programme de soins	JJ mm aaaa	
<input type="checkbox"/> Le patient a terminé le programme de soins.			<input type="checkbox"/> Le patient n'est pas retourné pour terminer le programme de soins ou l'a volontairement interrompu.			
Précisez la date de la dernière consultation :			jj mm aaaa			

B. Renseignements cliniques

1. Avez-vous cerné des questions à régler concernant le rétablissement ou le retour au travail? Oui Non
Si oui, veuillez préciser:

Que recommandez-vous pour régler ces questions? Quels progrès ont été faits concernant la résolution de ces questions?

2. Sommaire des signes cliniques et tout changement de l'état de santé (p. ex., médicaments : quantité, type, dosage)

3. **Posez au patient les questions du questionnaire QuickDASH et de ses modules sur le travail au moment du congé.**
QuickDASH Disability/Symptom Score (Résultat du test QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité) _____
QuickDASH Work Module Score (Résultat des modules QuickDASH sur le travail) _____

Notez la différence entre les résultats initiaux et ceux au moment du congé
QuickDASH Disability/Symptom Score Change (Changement au test QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité) _____
QuickDASH Work Module Score Change (Changement au modules QuickDASH) _____

4. Recommandez-vous que ce patient soit adressé au service de spécialistes des soins aux épaules (veuillez expliquer)? Oui Non

C. Renseignements sur le retour au travail

5. Situation professionnelle actuelle du patient : Peut retourner au travail Ne peut retourner au travail (veuillez expliquer)
S'il peut retourner au travail, veuillez préciser : _____

A. Tâches régulières **OU** Tâches modifiées

B. Heures régulières **OU** Heures modifiées

Quand prévoyez-vous que le travailleur retournera au travail à temps plein et sans restrictions? _____ jours

6. Décrivez les limitations fonctionnelles du patient :

A. Aucune limitation

B. Limitations comme précisé ci-dessous

<input type="checkbox"/> Transport	_____	<input type="checkbox"/> Travail au-dessus de la tête	_____
<input type="checkbox"/> Soulèvement	_____	<input type="checkbox"/> Travail au-dessus du niveau des épaules	_____
<input type="checkbox"/> Extension	_____	<input type="checkbox"/> Garder les membres éloignés du corps	_____
<input type="checkbox"/> Poussée/Traction	_____		
<input type="checkbox"/> Travail répétitif	_____		
<input type="checkbox"/> Autre	_____		

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

Numéro de dossier

C. Renseignements sur le retour au travail (suite)

Commentaires (suite de la question 6) :

.....

.....

.....

7. Indiquez de quelle façon vous avez communiqué avec l'employeur. Verbalement Par écrit Autre
 (Si vous cochez **Autre**, veuillez expliquer.)

.....

.....

D. Sommaire des soins fournis

Indiquez le nombre total de consultations

--

Code	Interventions du programme de soins fondées sur les résultats cliniques	Cochez les interventions
01	Éducation	<input type="checkbox"/>
02	Exercices	<input type="checkbox"/>
03	Mobilisation	<input type="checkbox"/>
04	Massage localisé	<input type="checkbox"/>
Code	Interventions du programme de soins non fondées sur les résultats cliniques et non recommandées	
05	Acupuncture	<input type="checkbox"/>
06	Thérapie électromagnétique	<input type="checkbox"/>
07	Électrothérapie	<input type="checkbox"/>
08	Laser	<input type="checkbox"/>
09	Ponction	<input type="checkbox"/>
10	Thérapie par ondes de choc	<input type="checkbox"/>

E. Facturation des professionnels de la santé

Chiropraticien Physiothérapeute Autre

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Date de congé jj mm aaaa	
Nom de l'établissement		N° de fournisseur à la CSPAAAT	
Adresse (n°, rue, bureau)		Votre n° de facture	
Ville		Code de service SHCOS	
▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼			
Prov.	Code postal	Téléphone ()	N° d'inscription à la TVH
			Code de service ONHST
			Montant de TVH facturé \$

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

Signature du professionnel de la santé	Date jj mm aaaa
--	--------------------