

Numéro de dossier

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

A. Renseignements sur le travailleur et l'employeur

Nom de famille		Prénom		Init.
Adresse (n° rue, app.)				
Ville		Prov.	Code postal	Téléphone
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Employeur		Téléphone		
Profession ou emploi actuels du travailleur			Emploi actuel occupé depuis combien de temps? _____ ans _____ mois	
Situation professionnelle au moment de l'évaluation :				
<input type="checkbox"/> Temps plein	OU	<input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Ne travaille pas	
<input type="checkbox"/> Tâches habituelles	OU	<input type="checkbox"/> Tâches modifiées	Avant l'évaluation, demandez ce qui suit au travailleur :	
<input type="checkbox"/> Horaire normal	OU	<input type="checkbox"/> Horaire modifié	Comme vous ne travaillez pas, pendant combien de temps estimez-vous interrompre le travail? _____ jours	

B. Renseignements sur le professionnel de la santé

<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			N° de fournisseur à la CSPAAT	
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Nom de l'établissement		
Adresse (n° rue, bureau)		Ville	Prov.	Code postal
Téléphone		Date de l'évaluation initiale (jj/mmm/aaaa)		

C. Renseignements cliniques

1. Description de la lésion et du traitement reçu jusqu'ici :
2. Constatations cliniques objectives et préoccupations subjectives :
3. Type et siège de la fracture :
4. Renseignements additionnels (p. ex. : autres lésions, antécédents médicaux, etc.) :
5. Situation relativement à l'immobilisation :
<input type="checkbox"/> Immobilisé auparavant <input type="checkbox"/> Immobilisé actuellement <input type="checkbox"/> N'a jamais été immobilisé

Rapport d'évaluation initiale (2610B)
Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale

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

Numéro de dossier

D. Échelle fonctionnelle spécifique au patient, objectifs de réadaptation et plan de traitement

1. Échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS) : Utilisez la PSFS et consignez les notes données pour trois à cinq activités fonctionnelles, dont au moins deux sont reliées au travail. La PSFS est disponible sur le site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca.

Barème de notation de la PSFS :

0 = Incapable de réaliser l'activité

10 = Capable de réaliser l'activité à un niveau égal à celui d'avant la blessure

2. Établissement d'objectifs SMART : Fournissez l'objectif SMART correspondant à chaque activité fonctionnelle énumérée dans la PSFS. Les renseignements sur l'établissement d'objectifs SMART figurent dans le *Guide de référence en cas d'un épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale*, disponible sur le site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca.

3. Plan de traitement : Décrivez le plan de traitement envisagé, notamment les interventions et les techniques d'autogestion utilisées pour aider le travailleur à atteindre les objectifs SMART énumérés.

Activité fonctionnelle	Note	Objectif SMART	Plan de traitement
P. ex. : Soulever des boîtes de l'étagère du bas jusqu'au comptoir.	3/10	Le travailleur pourra soulever des deux mains une boîte de 30 lb du sol jusqu'au niveau de la taille dans un délai de six semaines.	P. ex. : Exercices de renforcement des muscles du centre du corps, exercices de levage, éducation sur la bonne technique de levage et programme d'exercices à domicile.
1.	/10		
2.	/10		
3.	/10		
4.	/10		
5.	/10		
Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)	/10		

E. Obstacles au rétablissement

1. Avez-vous cerné des obstacles au rétablissement? Oui Non

Si **OUI**, précisez :

Croire que toute douleur est nuisible

Préoccupations personnelles

Préférer des traitements passifs

Craindre ou éviter des activités

Morosité ou retrait social

Préoccupations professionnelles

Autre :

Instructions :

1. Soumettez les trois pages du *Rapport d'évaluation initiale* à la CSPAAT.
2. Fournissez une copie de cette page au travailleur pour qu'il la remette à son employeur.

Numéro de dossier

VEUILLEZ REMPLIR CETTE PAGE ET EN FOURNIR UNE COPIE AU TRAVAILLEUR

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Siège(s) de lésion		

F. Recommandations concernant le retour au travail

1. Avez-vous discuté de la question du retour au travail avec le travailleur? Oui Non

2. Travailleur capable de retourner au travail sans aucune restriction
Date de début (jj/mmm/aaaa) : _____ **OU**

Travailleur capable de retourner au travail avec des restrictions
Date de début (jj/mmm/aaaa) : _____ **OU**

Travailleur physiquement incapable de retourner au travail pour le moment
Constatations objectives appuyant la recommandation de ne pas retourner au travail : _____

Recommandation d'horaire de travail :

Horaire normal
 Horaire modifié
 Horaire graduel

3. Veuillez indiquer l'état du travailleur et ses capacités fonctionnelles en fonction des lésions professionnelles et du diagnostic.

Pleines capacités fonctionnelles **OU**

Adaptations ou restrictions nécessaires. Veuillez déterminer et décrire ci-dessous les adaptations ou les restrictions nécessaires :

<input type="checkbox"/> Flexion/Torsion _____	<input type="checkbox"/> Poussée/Traction _____
<input type="checkbox"/> Ascension _____	<input type="checkbox"/> Préhension _____
<input type="checkbox"/> Agenouillement _____	<input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement motorisé _____
<input type="checkbox"/> Levage _____	<input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement lourd _____
<input type="checkbox"/> Position assise _____	<input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun _____
<input type="checkbox"/> Position debout _____	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Marche _____	

Commentaires :

4. À compter de la date de cette évaluation, les limitations ci-dessus seront en vigueur pendant environ :

1 ou 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours Plus de 14 jours

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	Signature du professionnel de la santé
Téléphone	Date (jj/mmm/aaaa)

VEUILLEZ REMPLIR CETTE PAGE ET EN FOURNIR UNE COPIE AU TRAVAILLEUR

En signant ci-dessous, j'autorise le professionnel de la santé qui me traite, mentionné ci-dessus, à fournir à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles. Je comprends que mon professionnel de la santé enverra une copie à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), laquelle peut au besoin envoyer à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles.

Signature du travailleur	Date (jj/mmm/aaaa)
--------------------------	--------------------