

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

|                   |  |
|-------------------|--|
| Numéro de dossier |  |
|-------------------|--|

### A. Renseignements sur le travailleur et l'employeur

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                 |                                          |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------------|-------|--|
| Nom de famille                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Prénom                          |                                          | Init. |  |
| Date de naissance (jj/mmm/aaaa)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Date de la lésion (jj/mmm/aaaa) |                                          |       |  |
| <input type="checkbox"/> Travailleur ayant terminé le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale<br><input type="checkbox"/> Travailleur n'étant pas retourné / ayant quitté volontairement le programme                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                 |                                          |       |  |
| Situation professionnelle au moment du congé :<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Temps plein<br/> <input type="checkbox"/> Tâches habituelles<br/> <input type="checkbox"/> Horaire normal<br/> <input type="checkbox"/> Ne travaille pas           </div> <div style="text-align: center;"> <b>OU</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> Temps partiel<br/> <input type="checkbox"/> Tâches modifiées<br/> <input type="checkbox"/> Horaire modifié           </div> </div> |  |                                 | Date de la dernière visite (jj/mmm/aaaa) |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                 | Nombre de visites                        |       |  |

### 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 CSPAAAT     |                                                                                                                     |                              |
| Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)                                                                |             |           | Votre n° de facture                |                                                                                                                     |                              |
| Nom de l'établissement                                                                                                              |             |           | Date du congé (jj/mm/aaaa)         |                                                                                                                     |                              |
| Adresse (n°, rue, bureau)                                                                                                           |             | Ville     | Code de service (choisissez-en un) | <input type="checkbox"/> <b>FXEOCUOR</b> - Haut du corps<br><input type="checkbox"/> <b>FXEOCLOR</b> - Bas du corps |                              |
| Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.                                                                            |             |           |                                    |                                                                                                                     |                              |
| Province                                                                                                                            | Code postal | Téléphone | N° d'inscription à la TVH          | Code de service<br><b>ONHST</b>                                                                                     | Montant de TVH facturé<br>\$ |

### C. Renseignements cliniques

1. Indiquez les changements aux constatations cliniques pertinentes :

2. Le travailleur a-t-il retrouvé son niveau de fonctionnement général d'avant la lésion? ☐ Oui ☐ Non

Si **NON**, précisez les questions subsistantes et vos recommandations pour les régler ainsi que les progrès à ce jour :

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

Si **OUI**, précisez :

|                                                                |                                                      |                                                           |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Croire que toute douleur est nuisible | <input type="checkbox"/> Préoccupations personnelles | <input type="checkbox"/> Préférer des traitements passifs |
| <input type="checkbox"/> Craindre ou éviter des activités      | <input type="checkbox"/> Morosité ou retrait social  | <input type="checkbox"/> Préoccupations professionnelles  |
| <input type="checkbox"/> Autre :                               |                                                      |                                                           |

4. Existe-t-il des questions subsistantes liées au retour au travail? ☐ Oui ☐ Non

Si **OUI**, précisez les questions subsistantes et vos recommandations pour les régler ainsi que les progrès à ce jour :

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Nom de famille du travailleur  | Prénom du travailleur          |
| Date de naissance (dd/mm/aaaa) | Date de la lésion (dd/mm/aaaa) |

Numéro de dossier

**D. Échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS) et objectifs de réadaptation**

**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 CSPAT, [www.wsib.on.ca](http://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 :** Énumérez les objectifs SMART établis lors de l'évaluation initiale et indiquez s'ils ont été atteints.

| Activité fonctionnelle                                                          |                                                                   | Note lors de l'évaluation initiale | Note lors de l'évaluation finale (congé) | Énumérer les objectifs SMART issus de l'évaluation initiale             | Objectif SMART atteint?                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| P. ex. :                                                                        | <i>Soulever des boîtes de l'étagère du bas jusqu'au comptoir.</i> | <i>3/10</i>                        | <i>9/10</i>                              | <i>Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.</i> | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| 1.                                                                              |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non            |
| 2.                                                                              |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non            |
| 3.                                                                              |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non            |
| 4.                                                                              |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non            |
| 5.                                                                              |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non            |
| Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités) |                                                                   | /10                                | /10                                      |                                                                         |                                                                      |

**3. Les objectifs SMART ont-ils tous été atteints durant l'épisode de soins?** ☐ Oui ☐ Non

Si **NON**, expliquez brièvement tout objectif SMART subsistant et la ou les recommandations en vue d'aider le travailleur à l'atteindre :

*P. ex. : Le travailleur peut soulever des charges pesant jusqu'à 25 lb sans douleur, mais il en ressent au poignet touché en soulevant des charges plus lourdes. Le travailleur doit renforcer son poignet davantage et s'entraîner à soulever des charges pesant jusqu'au poids cible.*

**4. Décrivez les interventions thérapeutiques fournies durant le programme Épisode de soins pour fracture sans intervention chirurgicale :**

**Instructions :**

1. Soumettez les trois pages du *Rapport sommaire* 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                |                                                 |                                          |                                           |                                               |                                                                  |                                       |                                                               |                                                |                                                                     |                                                |                                      |                                       |  |
| 2. <input type="checkbox"/> Travailleur capable de retourner au travail sans aucune restriction<br>Date de début (jj/mmm/aaaa) : _____<br><input type="checkbox"/> Travailleur capable de retourner au travail avec des restrictions<br>Date de début (jj/mmm/aaaa) : _____<br><input type="checkbox"/> Travailleur physiquement incapable de retourner au travail pour le moment<br>Constatations objectives appuyant la recommandation de ne pas retourner au travail : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OU<br><br>OU                                                        | Recommandation d'horaire de travail :<br><input type="checkbox"/> Horaire normal<br><input type="checkbox"/> Horaire modifié<br><input type="checkbox"/> Horaire graduel |                                                |                                                 |                                          |                                           |                                               |                                                                  |                                       |                                                               |                                                |                                                                     |                                                |                                      |                                       |  |
| 3. Veuillez indiquer l'état du travailleur et ses capacités fonctionnelles en fonction des lésions professionnelles et du diagnostic.<br><input type="checkbox"/> Pleines capacités fonctionnelles <b>OU</b><br><input type="checkbox"/> Adaptations ou restrictions nécessaires. Veuillez déterminer et décrire ci-dessous les adaptations ou les restrictions nécessaires : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flexion/Torsion _____</td> <td><input type="checkbox"/> Poussée/Traction _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ascension _____</td> <td><input type="checkbox"/> Préhension _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agenouillement _____</td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement motorisé _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Levage _____</td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement lourd _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Position assise _____</td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Position debout _____</td> <td><input type="checkbox"/> Autre _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marche _____</td> <td></td> </tr> </table> |                                                                     |                                                                                                                                                                          | <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 _____ |  |
| <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 :<br><input type="checkbox"/> 1 ou 2 jours <input type="checkbox"/> 3 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> 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) |
|--------------------------|--------------------|