

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

N° de dossier

A. Renseignements sur le patient et l'employeur

Nom de famille			Prénom			Initiale		
Adresse (n°, rue, app.)								
Ville					Prov.	Code postal		Téléphone
Date de naissance	jj	mm	aaaa	Date de la lésion	jj	mm	aaaa	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
Nom de l'employeur			Nom du superviseur/personne-ressource			Téléphone		
Adresse (n°, rue, app.)								
Ville						Prov.	Code postal	
Profession ou emploi actuel du patient						Durée de l'emploi actuel :		
						mois	années	
Statut professionnel du patient au moment de l'évaluation :								
A. <input type="checkbox"/> Temps plein OU <input type="checkbox"/> Temps partiel B. <input type="checkbox"/> Tâches régulières OU <input type="checkbox"/> Tâches modifiées C. <input type="checkbox"/> Heures régulières OU <input type="checkbox"/> Heures modifiées D. <input type="checkbox"/> Ne travaille pas			Avant l'évaluation, posez la question suivante au patient : Si vous ne travaillez pas, combien de temps croyez-vous vous absenter du travail? _____ jours					

B. Facturation des professionnels de la santé

<input type="checkbox"/> Chiropraticienne ou chiropraticien <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre _____								
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)						N° de fournisseur à la CSPAA		
Nom de l'établissement								
Adresse (n°, rue, app.)								
Ville					Prov.	Code postal		Téléphone

C. Renseignements cliniques

1. Indiquez le fournisseur ou l'établissement de soins qui a fourni le premier traitement :						Date du premier traitement		
						jj	mm	aaaa
2. Nom du professionnel de la santé faisant l'orientation (s'il y a lieu) :						Date de l'orientation		
						jj	mm	aaaa
3. Historique de la lésion du patient :								
4. Décrivez les symptômes actuels du patient :								
5. Diagnostic/diagnostic de travail :								

**Programme de soins pour
lésions au bas du dos
Rapport d'évaluation initiale**

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

N° de dossier

C. Renseignements cliniques (suite)

6. Résumé des signes cliniques (y compris les constatations négatives pertinentes) :

7. Y a-t-il des facteurs de complication qui peuvent retarder le rétablissement? Oui Non

Si **oui**, précisez :

- Croit que la douleur est forcément nuisible Moral bas/retrait social Préoccupations à la maison Autre : _____
 Craint/évite les activités Préfère les traitements passifs Préoccupations au travail

8. Fournissez les renseignements médicaux pertinents (y compris les antécédents médicaux, les médicaments, les états pathologiques et les interventions chirurgicales) :

9. Lors de l'évaluation initiale, posez au patient les questions concernant l'échelle de la douleur et inscrivez les résultats : _____ /10 (p. ex., aucune douleur = 0 pire douleur = 10)

10. Indiquez l'étendue de la douleur :

- Aucune douleur lombaire Douleur lombaire sans irradiation Douleur lombaire n'irradiant pas plus loin que le genou Douleur lombaire irradiant plus bas que le genou, sans signe neurologique Douleur lombaire irradiant jusqu'à un dermatome précis, avec ou sans signe neurologique

11. Lors de l'évaluation initiale, posez au patient les questions du questionnaire Roland-Morris sur l'incapacité et inscrivez les résultats : _____ /24

12. Décrivez les restrictions du patient relativement aux activités de la vie quotidienne ou les changements importants (autonomie, antécédents de sommeil, participation à des loisirs, sports et passe-temps) :

D. Recommandations concernant le traitement et le retour au travail

13. Décrivez avec précision le plan de traitement envisagé (y compris le genre d'intervention, l'intensité, la fréquence et la durée) :

Envisagez-vous un traitement de plus de quatre semaines (en phase 2)? Oui Non

14. Le patient sera-t-il orienté vers un ou d'autres professionnels de la santé? Oui Non

Si **oui**, fournissez le nom et le numéro de la personne-ressource : _____

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

Si **oui**, précisez : Tâches régulières Tâches modifiées Heures régulières Heures modifiées Si **non**, indiquez la date prévue pour le retour au travail : _____

16. Décrivez les restrictions fonctionnelles du patient :

- A.** Aucune restriction
- B.** Restrictions (veuillez préciser) Soulever des charges Rester assis Grimper des escaliers/échelles
 S'agenouiller Rester debout Utiliser les membres supérieurs
 Faire des mouvements de flexion ou de torsion Autre : _____

Commentaires : _____

Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fautive ou trompeuse à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Je déclare par la présente que les renseignements soumis sont véridiques et complets.

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