

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

N° de dossier

A. Renseignements sur le patient

Nom de famille				Prénom		Initiale	
Date de naissance	jj	mm	aaaa	Date de la lésion	jj	mm	aaaa
<i>Le présent rapport doit être soumis LORSQUE le patient reçoit son congé.</i>							
A. Le patient a terminé le programme de soins. <input type="checkbox"/> Oui OU				B. Le patient n'est pas retourné pour terminer le programme de soins ou l'a volontairement interrompu. <input type="checkbox"/> Oui			
Précisez la date de la dernière consultation :							

B. Facturation des professionnels de la santé

<input type="checkbox"/> Chiropraticienne ou chiropraticien <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre				Code de service LBCOS			
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)				▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique pour ce formulaire. ▼			
Nom de l'établissement				N° d'inscription à la TVH		Code de service	
Adresse (n°, rue, app.)				ONHST		Montant de TVH facturé	
Ville				Prov.		Code postal	
N° de fournisseur à la CSPAAT				Votre numéro de facture			
Téléphone				Date de congé		jj mm aaaa	

C. Renseignements cliniques

1. Sommaire des signes cliniques (y compris les constatations et les changements importants par rapport à l'évaluation initiale) :

2. Lorsque le patient reçoit son congé, posez-lui les questions concernant l'échelle de la douleur et inscrivez les résultats : _____/10 (p. ex., aucune douleur = 0 pire douleur = 10)

3. 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

4. Lorsque le patient reçoit son congé, posez-lui les questions du questionnaire Roland-Morris sur l'incapacité et inscrivez les résultats : _____/24

5. 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) :

6. Le patient a-t-il physiquement retrouvé son niveau de fonctionnement général d'avant la lésion? Oui Non

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
 Préoccupations à la maison
 Préfère les traitements passifs

Craint/évite les activités
 Moral bas/retrait social
 Préoccupations au travail

Autre :

8. Y a-t-il des questions en suspens? Oui Non Si **oui**, précisez : _____

Que recommandez-vous pour résoudre ces questions? Quels progrès ont été faits dans l'étude de ces questions?

9. Indiquez si d'autres traitements, évaluations ou orientations sont nécessaires :

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

Programme de soins pour lésions au bas du dos Sommaire des soins et des résultats

N° de dossier

D. Renseignements sur le retour au travail

10. Situation professionnelle actuelle du patient :
 Tâches régulières OU Tâches modifiées
 Heures régulières OU Heures modifiées

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

Le patient retournera-t-il au travail? Oui Non Si **oui**, précisez la date. jj mm aaaa

11. Décrivez les restrictions fonctionnelles du patient :

- A.** Aucune restriction
- B.** Restrictions (précisez) 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 : _____

12. Indiquez toute autre recommandation visant un retour au travail sécuritaire et durable :

13. Le patient a-t-il communiqué avec l'employeur depuis qu'il a subi la lésion? Oui Non
 Donnez les précisions pertinentes :

14. Indiquez de quelle façon vous avez communiqué avec l'employeur. Verbalement Par écrit Aucun
 Si vous n'avez pas communiqué avec l'employeur, indiquez pourquoi : Incapable de le joindre. Il n'a pas retourné l'appel. Aucun contact n'a été fait.

E. Sommaire des soins fournis

Inscrivez un X dans la case pour chaque composante du programme de soins fournie.

15. Indiquez le nombre total de consultations : Phase 1 _____ (semaines 1 à 4) Phase 2 _____ (semaines 5 à 8)

16. Programme de soins Interventions fondées sur les résultats cliniques	Phase 1 (semaines 1 à 4)	Phase 2 (semaines 5 à 8)
01 assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 explication de la lésion, période de rétablissement positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 promotion des activités quotidiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 accent sur la restauration des fonctions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 instructions et supervision concernant les exercices d'étirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 manipulation vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 mobilisation vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 instructions concernant l'auto-application de chaleur et de glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 utilisation d'analgésiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens sans ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 facilitation de la transition aux activités professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 exercices progressifs, structurés, contingents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Programme de soins Interventions non fondées sur les résultats cliniques et non recommandées	Phase 1 (semaines 1 à 4)	Phase 2 (semaines 5 à 8)
20 acupuncture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 repos au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 stimulation électrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 exercices de flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 traction mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ultrasons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 neurostimulation transcutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse 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