

A. Renseignements sur la personne blessée

Nom de famille	Prénom	Initiales
----------------	--------	-----------

Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)
---------------------------------	---------------------------------	--

Vous devez soumettre le présent rapport à l'issue du Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères ou lorsque la personne blessée obtient son congé.

<input type="checkbox"/> Personne blessée ayant terminé le Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères	<input type="checkbox"/> Personne blessée n'étant pas revenue/ayant cessé volontairement le traitement
--	--

Situation professionnelle au moment du congé :

A. Temps plein **OU** Temps partiel Ne travaille pas

B. Tâches habituelles **OU** Tâches modifiées

C. Horaire normal **OU** Horaire modifié

B. Renseignements sur le professionnel de la santé réglementé

Chiropraticien Ergothérapeute Physiothérapeute Autre (précisez) _____

Nom	Date du rapport (jj/mmm/aaaa)
Nom de l'établissement	Date du dernier traitement (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue, app./bureau)	N° de fournisseur de la WSIB
Ville	Province
Code postal	Téléphone
Code de service MTBRCOS	
Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.	
Numéro d'inscription à la TVH	Code de service ONHST
Montant de TVH facturé	

C. Renseignements cliniques

1. La personne blessée a-t-elle retrouvé son niveau de fonctionnement d'avant la lésion? Oui Non

Veillez énumérer tous les troubles et(ou) symptômes persistants :

2. Autres investigations et consultations depuis la dernière évaluation (veuillez préciser) :

3. Réponse au traitement

Rétablissement complet Amélioration importante Amélioration minime Aucune amélioration Aggravation

Veillez préciser :

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca.

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

4. Résumé des constatations physiques (y compris les constatations négatives pertinentes) :

Examen	Examen normal		Constatations et détails
Plan musculo-squelettique	Oui	Non	
Plan neurologique	Oui	Non	
Équilibre	Oui	Non	
Plan vestibulaire	Oui	Non	
Autre (précisez)	Oui	Non	

État mental et cognition :

Examen de l'état/des exercices fonctionnels (s'il y a lieu) :

5. Questionnaire Rivermead sur les symptômes du syndrome post-commotionnel :

 Total des notes (hormis celles des « autres difficultés »). Le questionnaire Rivermead est disponible à www.wsib.ca. Note : /64

Commentaires :

6. Lors votre évaluation, avez-vous constaté/cerné des facteurs de complication pouvant retarder le rétablissement? Oui Non

 Si « **Oui** », veuillez préciser :

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

7. Cochez toutes les activités de la vie quotidienne perturbées :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins autoadministrés | <input type="checkbox"/> Ménage | <input type="checkbox"/> Loisirs/sports |
| <input type="checkbox"/> Préparation des repas | <input type="checkbox"/> Entretien (p. ex. : entretien extérieur, déneigement) | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Magasinage (courses) | <input type="checkbox"/> Conduite | <input type="checkbox"/> Utilisation de l'ordinateur /de la télévision |
| <input type="checkbox"/> Garde d'enfants/administration de soins | | <input type="checkbox"/> Lecture |

Commentaires sur les activités de la vie quotidienne perturbées (p. ex. : limitations actuelles par rapport aux capacités d'avant la lésion) :

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

D. Renseignements fonctionnels

8. Utilisez l'*Échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS)* et consignez les notes de trois à cinq activités fonctionnelles, dont au moins deux reliées au travail. La PSFS est disponible à www.wsib.ca.

Activité fonctionnelle	Note à mi-parcours	Note au congé	Exigences physiques/fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
P. ex. : Soulever une charge à partir du sol	3/10	9/10	Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.	Capable de soulever une boîte de 30 lb, mais plus lentement que d'habitude
1.	/10	/10		
2.	/10	/10		
3.	/10	/10		
4.	/10	/10		
5.	/10	/10		
Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)		/10	/10	

E. Capacités, limitations et adaptations en vue de la planification du retour au travail

9. Indiquez les capacités fonctionnelles, les limitations, les restrictions et les besoins d'adaptation de la personne blessée afin de faciliter son retour au travail.

Plan physique	Limitations			Décrire les adaptations recommandées
Position assise/position debout (durée de chacune/fréquence des changements)	Oui	Non	S.O.	
Soulèvement de charge (poids/fréquence, rythme personnel ou intense)	Oui	Non	S.O.	
Marche (distance/durée)	Oui	Non	S.O.	
Transport de charge	Oui	Non	S.O.	
Autre (précisez) :	Oui	Non	S.O.	

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

Éventuels déclencheurs de symptômes de la lésion cérébrale traumatique légère	Limitations	Décrire les adaptations recommandées
Travail à l'ordinateur (durée, fréquence des pauses/autres tâches)	Oui Non S.O.	
Tâches visuelles (lecture, tâches non informatiques)	Oui Non S.O.	
Éclairage (luminosité, fluorescent, etc.)	Oui Non S.O.	
Bruit (continu, impact, autre)	Oui Non S.O.	
Interactions avec le public	Oui Non S.O.	
Interactions avec des collègues	Oui Non S.O.	
Autre (précisez) :	Oui Non S.O.	
Considérations en matière de sécurité	Limitations	Décrire les adaptations recommandées
Travail en hauteur	Oui Non S.O.	
Conduite	Oui Non S.O.	
Utilisation de machinerie	Oui Non S.O.	
Autre (précisez) :	Oui Non S.O.	

F. Autres orientations recommandées	
<p>10. Recommandez-vous des orientations additionnelles? Oui Non Si « Oui », veuillez préciser ci-dessous :</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de santé mentale communautaire (psychologie) de la WSIB <input type="checkbox"/> Autre programme spécialisé de la WSIB</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Spécialiste du retour au travail de la WSIB</p> <p><input type="checkbox"/> Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère dans le cadre du PÉSP de la WSIB <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de neurologie de la WSIB, Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère</p> <p>Raison de l'orientation :</p>	
11. Autres commentaires :	
Signature du professionnel de la santé réglementé dans le cadre du Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères	Date (jj/mmm/aaaa)