

Pour une lésion au : (Choisissez-en un) ☐ haut du corps (sauf l'épaule)
☐ bas du corps (sauf le bas du dos)

N° de dossier

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

A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille		Prénom		Initiales
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)	☐ Le travailleur a terminé le programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques ☐ Le travailleur n'est pas revenu ou a abandonné le programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques		

B. Facturation des professionnels de la santé

☐ Chiropraticien(ne) ☐ Physiothérapeute ☐ Autre _____			N° de fournisseur à la CSPAAT		
Nom du professionnel de la santé			Votre n° de facture		
Nom de l'établissement			Date de congé jj mmm aaaa		
Adresse (n°, rue, bureau)			Code de service (Choisissez-en un.) ☐ MSKUCOS - haut du corps ☐ MSKLCOS - bas du corps		
Ville			▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼		
Prov.	Code postal	Téléphone	N° d'inscription à la TVH	Code de service	Montant de TVH facturé
			ONHST		\$

C. Renseignements fonctionnels

1. Évaluer le patient selon l'échelle fonctionnelle spécifique au patient (PSFS) et inscrire les résultats pour trois à cinq des activités fonctionnelles, dont deux sont reliées au travail. L'échelle PSFS est disponible sur le site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca.

Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)				Date de l'évaluation finale (jj/mm/aaaa)	
Activité fonctionnelle		Résultats lors de l'évaluation initiale	Résultats lors de l'évaluation finale	Exigences physiques et fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
p. ex.	Soulever à partir du sol	3/10	9/10	Soulever une boîte de 30 lb du sol jusqu'au niveau des hanches, avec les deux mains.	Peut soulever une boîte de 30 lb, mais est plus lent qu'habituellement.
1.		/10	/10		
2.		/10	/10		
3.		/10	/10		
4.		/10	/10		
5.		/10	/10		
Total : Diviser le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)		/10	/10		

**Programme de soins pour les
lésions musculo-squelettiques
Sommaire des soins et des résultats**

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

N° de dossier

C. Renseignements fonctionnels (suite)

2. Avez-vous déterminé des facteurs qui pourraient retarder le rétablissement ou le retour au travail? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

D. Renseignements cliniques

1. Changement concernant les signes cliniques pertinents :

2. Autres renseignements pertinents :

E. Renseignements sur le retour au travail

1. a. Après son congé, le travailleur est-il en mesure d'accomplir toutes ses tâches et heures régulières? ☐ Oui ☐ Non

b. ☐ Le travailleur en a été informé.

2. a. Si le travailleur n'est pas apte à accomplir toutes ses tâches et heure régulières, indiquez le genre de contact que vous avez eu avec la CSPAAT.

☐ Oral ☐ Écrit ☐ Aucun ☐ A appelé le numéro de confirmation _____

b. Nom de la personne-ressource à la CSPAAT

Date du contact (jj/mm/aaaa)

3. Quelles sont vos recommandations en ce qui concerne les activités de travail?

Tâches régulières ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mm/aaaa) →

Tâches modifiées ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mm/aaaa) →

Heures régulières ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mm/aaaa) →

Heures modifiées ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquez la date prévue (jj/mm/aaaa) →

4. Le travailleur a-t-il repris toutes ses tâches régulières et son horaire de travail régulier? Oui ☐ Non ☐

Commentaires

F. Sommaire des soins fournis

1. Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)

2. Indiquez le nombre total de consultations :

3. Interventions du programme de soins

	Oui	Non
Éducation		
Modification des activités		
Exercices thérapeutiques		
Manipulation et mobilisation		
Massage		
Modalités électrothermiques		
Immobilisation au moyen d'attelles		

Signature du professionnel de la santé

Date (jj/mm/aaaa)