

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 et l'employeur

Nom de famille		Prénom		Init.
Adresse (n°, rue, bureau/appartement)				
Ville		Prov.	Code postal	Téléphone ()
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Nom de l'employeur		Nom du superviseur ou de la personne-ressource		Téléphone ()
Profession ou emploi actuel du travailleur			Emploi actuel occupé depuis combien de temps? mois années	
Situation professionnelle au moment de l'évaluation :				
<input type="checkbox"/> Temps plein OU <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Ne travaille pas <input type="checkbox"/> Tâches régulières OU <input type="checkbox"/> Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Heures régulières OU <input type="checkbox"/> Heures modifiées Avant l'évaluation, posez la question suivante au travailleur : Si vous ne travaillez pas, combien de temps croyez-vous que vous vous absenteriez du travail? _____ jours				

B. Facturation des professionnels de la santé

<input type="checkbox"/> Chiropraticien(ne) <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____			
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Nom de l'établissement	
Adresse (n°, rue, bureau)		Ville	Prov. Code postal
Téléphone ()		Date de l'évaluation initiale (jj/mmm/aaaa)	

C. Renseignements cliniques

1. Nom du professionnel de la santé faisant l'orientation (le cas échéant)	2. Date de l'orientation (jj/mmm/aaaa)
3. Description de la lésion du travailleur :	
4. Siège(s) de lésion :	
5. Signes cliniques pertinents :	
6. Diagnostic de travail :	
7. Renseignements supplémentaires :	

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

Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques

Rapport d'évaluation initiale

N° de dossier

D. Renseignements fonctionnels

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.

Activité fonctionnelle	Résultat	Exigences physiques et fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
p. ex. Soulever à partir du sol	3/10	Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.	Peut soulever 10 lb d'une hauteur de 8" jusqu'à la taille.
1.	/10		
2.	/10		
3.	/10		
4.	/10		
5.	/10		
Total : Diviser le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)			/10

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

Si oui, veuillez préciser :

E. Recommandations concernant le traitement et le retour au travail

1. Compte tenu des constatations de votre évaluation, quelles sont vos recommandations quant aux activités de travail?

Tâches régulières Oui Non Si non, indiquer la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Tâches modifiées Oui Non Si non, indiquer la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Heures régulières Oui Non Si non, indiquer la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

Heures modifiées Oui Non Si non, indiquer la date prévue (jj/mmm/aaaa) →

2. Veuillez évaluer la fréquence des visites qui, selon vous, serait appropriée pour ce travailleur : ____ par semaine

3. Veuillez évaluer la durée des soins qui, selon vous, serait nécessaire pour ce travailleur : ____ semaines

Signature du professionnel de la santé

Date (jj/mm/aaaa)