

Avant de fournir ce programme, vous devez obtenir notre approbation.

A. Renseignements sur la personne blessée			
Nom de famille		Prénom	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville	Province	Code postal	Téléphone
Date de naissance (jj/mm/aaaa)		Date de la lésion (jj/mm/aaaa)	
Siège(s) traité(s)			
Titre de poste/profession		Situation professionnelle actuelle : Personne travaillant Personne interrompant le travail	

B. Renseignements sur la personne professionnelle de la santé réglementée			
Nom et profession de la personne chef d'équipe		Nom et profession des autres membres de l'équipe	
Nom de l'établissement		Téléphone	Num. de prestataire de la WSIB
Adresse (numéro, rue, bureau)	Ville	Province	Code postal
Date du rapport (jj/mm/aaaa)		Date de cette évaluation (jj/mm/aaaa)	

C. Renseignements cliniques
1. Description de la lésion (détaillez le mécanisme lésionnel) :
2. Investigations, consultations et traitement jusqu'ici (y compris les interventions chirurgicales) :
3. Description d'antécédents médicaux pertinents (p. ex. : ancien diagnostic, ancien trouble et ancienne intervention chirurgicale liés ou non au travail) :

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

wsib.ca/fr | Poste : 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050 | Télécopieur : 1-888-313-7373

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

4. Description des symptômes actuels de la personne :

5. Description des effets sur l'état fonctionnel (plans social, professionnel et personnel) :

6. S'il y a lieu, veuillez indiquer les facteurs de stress psychosocial perturbant le rétablissement et les décrire.

7. Résumé des constatations de l'évaluation physique (y compris celles de l'examen des sièges lésionnels) :

Examen	Constatations et détails (y compris les constatations négatives pertinentes)					
	Main droite		Main gauche		Ambidextrie	
Observation et palpation (p. ex. : posture, démarche, degré d'immobilisation)						
Zone de mouvement (partie du corps/ articulation)	Amplitude articulaire active		Amplitude articulaire passive		Test de résistance	
	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche	Côté droit	Côté gauche

Facteurs limitants/commentaires :

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

Examen neurologique (p. ex. : examen sensoriel, examen des réflexes moteurs, examen neurodynamique) :

Examen orthopédique/particulier pertinent :

Autre (précisez) :

D. Mesure des résultats

Veillez utiliser au moins une méthode de mesure des résultats fonctionnels en fonction du ou des sièges lésionnels de la personne. Il est nécessaire d'utiliser la ou les mêmes méthodes tout au long de la période de traitement.

	Note
Échelle d'incapacité cervicale (NDI) Degré d'incapacité : de 0 à 4 (de 0 à 8 %) = aucune incapacité; de 5 à 14 (de 10 à 28 %) = légère incapacité; de 15 à 24 (de 30 à 48 %) = incapacité modérée; de 25 à 34 (de 50 à 64 %) = grave incapacité; plus de 34 (de 70 à 100 %) = incapacité totale.	%
Questionnaire d'Oswestry sur les incapacités liées à la douleur lombaire (ODI, version 2.1a) Degré d'incapacité : de 0 à 20 % = incapacité minime; de 21 à 40 % = incapacité modérée; de 41 à 60 % = grave incapacité; de 61 à 80 % = personne infirme; de 81 à 100 % = personne alitée/exagération des symptômes.	%
Module QuickDASH sur les symptômes et l'invalidité Module professionnel QuickDASH Plus la note est élevée, plus l'incapacité est importante.	/100
Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (LEFS) Plus la note est basse, plus l'incapacité est importante.	/80
Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la Santé (WHODAS), version 2.0, en 12 éléments Plus la note est élevée, plus l'incapacité est importante.	/48
S'il y a lieu sur le plan clinique , évaluez l'anxiété, l'humeur ou la douleur en fonction de la méthode de mesure applicable. Veillez répéter l'opération autant de fois que nécessaire tout au long de la période de traitement.	
Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé-7 (échelle GAD-7) Degré des symptômes d'anxiété : de 0 à 9 = anxiété allant de nulle à légère; de 10 à 14 = anxiété modérée; de 15 à 21 = grave anxiété.	/21
Questionnaire sur la santé du patient-9 (QSP-9) Degré des symptômes de dépression : de 0 à 4 = dépression nulle; de 5 à 9 = légère dépression; de 10 à 14 = dépression modérée; de 20 à 27 = grave dépression.	/27
Questionnaire sur l'efficacité personnelle en présence de douleur (PSEQ) Plus la note est basse, plus les niveaux en matière d'efficacité personnelle et de confiance relativement à la gestion de la douleur sont faibles.	/60

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

Commentaires (fournissez une interprétation, les constatations clés... en fonction des méthodes ayant servi à mesurer les résultats) :

E. Diagnostic et pronostic

1. Indiquez le ou les diagnostics liés au travail et le pronostic correspondant :

Diagnostic	Pronostic (p. ex. : rétablissement fonctionnel complet prévu, rétablissement partiel prévu, aucun rétablissement accru prévu)	Délai prévu et raisons (à étayer avec les constatations cliniques et les obstacles au rétablissement)

2. Existe-t-il des facteurs susceptibles de retarder le rétablissement de la personne et son retour au travail?
 Oui Non

- Si « **Oui** », veuillez les établir :
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Craindre ou éviter des activités Comorbidités Soutien limité Croire que toute douleur est nuisible Morosité | <ul style="list-style-type: none"> Sentiment de ne pas être encore capable de reprendre le travail Tâches professionnelles moyennes ou lourdes Conditions de travail et(ou) travail par quarts Difficulté à passer des tâches modifiées aux tâches d'avant la lésion Sentiment que les tâches actuelles ne sont pas appropriées |
|---|--|

Autre (précisez) :

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

F. Plan de traitement et autre orientation recommandés

1. Indiquez les objectifs en matière de rétablissement et de retour au travail ainsi que les interventions thérapeutiques. Dans la mesure du possible, les objectifs thérapeutiques doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels.

Objectifs thérapeutiques	Interventions prévues
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

2. Recommandez-vous une autre orientation à des fins d'évaluation ou de traitement? Nous pouvons aider la personne à bénéficier d'autres services, s'il y a lieu. Oui (veuillez préciser ci-dessous) Non

3. Avez-vous communiqué avec d'autres personnes professionnelles de la santé traitantes (p. ex. : prestataire du Programme de soins musculo-squelettiques, autres prestataires contractuels, personne chirurgienne orthopédiste, médecin de famille, etc.)? Oui Non S.O.

Si « **Oui** », veuillez fournir les grandes lignes de la discussion :

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet des renseignements figurant dans le présent rapport, veuillez appeler _____ au _____.

G. Signatures

Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée responsable de l'équipe	Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée
Date (jj/mmm/aaaa)	Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

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

H. Capacités et restrictions en vue de la planification du retour au travail

Capacités

<p>Marche : Au maximum des capacités Maximum de 100 mètres De 100 à 200 mètres Autre (précisez) :</p>	<p>Position debout : Au maximum des capacités Maximum de 15 minutes Durée de 15 à 30 minutes Autre (précisez) :</p>	<p>Position assise : Au maximum des capacités Maximum de 30 minutes Durée de 30 à 60 minutes Autre (précisez) :</p>
<p>Ascension d'un escalier : Au maximum des capacités Maximum de cinq marches De cinq à dix marches Autre (précisez) :</p>	<p>Soulèvement d'une charge du sol à la taille : Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (>20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p>Soulèvement d'une charge de la taille aux épaules : Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (>20 kg) Autre (précisez) :</p>
<p>Soulèvement d'une charge au-dessus du niveau des épaules : Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (>20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p>Poussée/traction d'une charge : Au maximum des capacités Force limitée (de 0 à 5 kg) Force légère (de 5 à 10 kg) Force moyenne (de 10 à 20 kg) Grande force (>20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p>Ascension d'une échelle : Au maximum des capacités D'un à trois barreaux De quatre à six barreaux Autre (précisez) :</p>
<p>Capable de conduire une voiture? Oui Non (veuillez expliquer) :</p>	<p>Capable d'utiliser les transports en commun? Oui Non (veuillez expliquer) :</p>	

Restrictions Aucune

Mouvements répétitifs de flexion/torsion de ce qui suit (précisez) :

Fréquence : Occasionnellement (de 1 à 33 %) Fréquemment (de 34 à 66 %)
 Constamment (de 67 à 100 %)

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

H. Capacités et restrictions en vue de la planification du retour au travail (suite)
Restrictions

Usage de la ou des mains :	
Main gauche	Main droite
Préhension	
Pincement	
Autre (veuillez préciser) :	
Fréquence :	Occasionnellement (de 1 à 33 %) Fréquemment (de 34 à 66 %)
	Constamment (de 67 à 100 %)

Utilisation d'un engin motorisé (p. ex. : chariot élévateur) :

Exposition aux produits chimiques suivants :	Exposition à des facteurs environnementaux (p. ex. : chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) :	Exposition à des vibrations :
		Remarque : N'indiquez pas le nom des médicaments.	Personne globale Main/bras

Autres commentaires sur les capacités et restrictions :

Délai estimatif pour les capacités et les restrictions susmentionnées :

I. Signatures

Nom et signature de la personne professionnelle de la santé réglementée responsable de l'équipe	Date (jj/mmm/aaaa)
---	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.