

A. Renseignements sur la personne blessée		
Nom de famille		Prénom
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)
<b>Veillez remplir le présent rapport à l'issue du premier bloc.</b>		
Siège(s) traité(s)	Situation professionnelle actuelle : Personne travaillant          Personne interrompant le travail	
Nombre de séances ayant eu lieu dans le cadre du premier bloc :		

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 la dernière séance de traitement (jj/mm/aaaa)	

C. Progrès à ce jour						
<p><b>1. Quelles interventions thérapeutiques avez-vous assurées?</b></p>          						
<p><b>2. Réponse thérapeutique à ce jour (globalement) :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Guérison complète de la lésion professionnelle</td> <td style="width: 33%;">Amélioration importante</td> <td style="width: 33%;">Amélioration modérée</td> </tr> <tr> <td>Amélioration minimale</td> <td>Aucune amélioration</td> <td>Aggravation</td> </tr> </table> <p>Fournissez des détails sur les objectifs thérapeutiques et les progrès :</p>          	Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante	Amélioration modérée	Amélioration minimale	Aucune amélioration	Aggravation
Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante	Amélioration modérée				
Amélioration minimale	Aucune amélioration	Aggravation				

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

**D. Conditionnement au travail/tests fonctionnels**

Tâches essentielles préoccupantes et exigences physiques pertinentes (p. ex. : force, position, fréquence, distance)	Évaluation initiale des capacités	Capacités actuelles	Observations/ Commentaires (présentez les constatations pertinentes)
P. ex. : charger/décharger les commandes : soulèvement frontal d'une charge pesant jusqu'à 20 lb du niveau du sol à celui des épaules de manière occasionnelle.	P. ex. : capable de soulever devant soi une charge pesant jusqu'à 5 lb du niveau du sol à celui des épaules de manière occasionnelle.	P. ex. : capable de soulever devant soi une charge pesant jusqu'à 10 lb du niveau du sol à celui des épaules de manière occasionnelle.	P. ex. : douleur déclarée aux épaules, besoin d'une pause après avoir soulevé la première charge.
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

\* Occasionnellement (de 1 à 33 % de la journée de travail); fréquemment (de 34 à 66% de la journée de travail); constamment (de 67 à 100 % de la journée de travail).

**E. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement**

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

Autre (veuillez préciser) :

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

**E. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement (suite)**

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

3a. 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 :

3b. Avez-vous communiqué avec une personne spécialiste du retour au travail de la WSIB?  
 Oui      Non      S.O.

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

**F. 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
----------------	--------

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

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

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

**Restrictions**

**Usage de la ou des mains :**

<b>Main gauche</b>	<b>Main droite</b>
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) :

<b>Exposition aux produits chimiques suivants :</b>	<b>Exposition à des facteurs environnementaux</b> (p. ex. : chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	<b>Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) :</b>	<b>Exposition à des vibrations :</b>
		<b>Remarque :</b> 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 :**

**Résumez l'évolution des capacités fonctionnelles depuis l'évaluation initiale :**

**H. 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.