

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

**Pour**      une seule zone musculo-squelettique      de multiples zones musculo-squelettiques (approbation requise)

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)
Personne blessée ayant terminé le bloc complémentaire dans le cadre du Programme de soins musculo-squelettiques.		Personne blessée n'étant pas revenue/ayant cessé volontairement le traitement.
Situation professionnelle actuelle : Personne travaillant      Personne interrompant le travail		Nombre de séances ayant eu lieu dans le cadre du bloc complémentaire :

B. Renseignements sur la personne professionnelle de la santé			
Nom		Profession	Num. de prestataire de la WSIB
Nom de l'établissement		Téléphone	Date du rapport (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue, bureau)			
Ville	Province	Code postal	Date de la dernière séance de traitement (jj/mm/aaaa)

C. Renseignements cliniques		
1. Réponse thérapeutique à ce jour :	Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante
	Amélioration minimale	Aucune amélioration
		Aggravation
Fournissez des détails :		

2. Résumé des constatations de l'évaluation physique (y compris celles de l'examen de tous les sièges lésionnels) :	
Examen	Constatations et détails (y compris les constatations négatives pertinentes)
Dominance manuelle	Personne droitrière      Personne gauchère
Observation (p. ex., posture, démarche, situation quant à l'immobilisation)	

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	--------------------------------

**C. Renseignements cliniques (suite)**
**2. Résumé des constatations de l'évaluation physique (y compris celles de l'examen de tous les sièges lésionnels) :**

Examen	Constatations et détails (y compris les constatations négatives pertinentes)
Palpation et amplitude articulaire : (p. ex., sensibilité à la palpation, amplitude articulaire passive, amplitude articulaire active, amplitude articulaire avec résistance)	
Examen neurologique : (p. ex., examen sensoriel, examen des réflexes moteurs, examen de la force ou examen neurologique, au besoin)	
Examen orthopédique/ spécial pertinent	
Autre (précisez)	

**3. Indiquez le ou les diagnostics reliés au travail :**
**4. Existe-t-il des facteurs pouvant retarder le rétablissement et le retour au travail de la personne blessée?**

Oui      Non

 Si **Oui**, précisez ci-dessous :

 Craindre ou éviter des activités  
 Comorbidités  
 Soutien limité  
 Croire que toute douleur est nuisible  
 Morosité ou retrait social

 Sentiment de ne pas être prêt(e) à 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	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	--------------------------------

**D. Mesure des résultats**

1. Veuillez utiliser au moins une méthode de mesure des résultats en fonction du ou des sièges lésionnels de la personne blessée. Vous devez utiliser la ou les mêmes méthodes tout au long de la période de traitement.

Méthodes de mesure des résultats fonctionnels	Note
Échelle d'incapacité cervicale (NDI)	%
Questionnaire d'Oswestry sur les incapacités liées à la douleur lombaire (version 2.1a)	%
QuickDASH sur les incapacités/symptômes	/100
QuickDASH – MODULE TRAVAIL	/100
Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (LEFS)	/80
Instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la Santé (WHODAS 2.0, en 12 éléments)	/48

Commentaires (fournissez les interprétations, les constatations clés... en fonction des méthodes de mesure utilisées) :

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

1. Recommandez-vous une autre orientation en vue d'une évaluation ou d'une intervention? La WSIB contribuera à en faciliter l'accès, lorsque cela se révèle approprié pour la lésion professionnelle.

Oui (fournissez des détails ci-dessous)      Non

2. Recommandez-vous un bloc complémentaire de traitement?

Oui. Contactez la WSIB.      Non. Aucun autre traitement nécessaire.

Si **Oui**, indiquez la fréquence et la durée du traitement ainsi que les objectifs de rétablissement et de retour au travail :

3. Avez-vous discuté de la question du retour au travail avec la personne blessée?

Oui      Non

Détaillez la discussion :

Signature de la personne professionnelle de la santé réglementée	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	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	--------------------------------

Nom de famille de la personne professionnelle de la santé réglementée	Prénom de la personne professionnelle de la santé réglementée	Date de cette évaluation (jj/mm/aaaa)
---	---	---------------------------------------

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

**Restrictions**

**Usage de la ou des mains :**

**Main gauche**

**Main droite**

Empoigner

Pincer

Autre (précisez) :

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) :

**Travail en hauteur :**

**Exposition à des vibrations :**

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 le dernier rapport :**

Signature de la personne professionnelle de la santé réglementée

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.