

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

**A. Renseignements sur la personne blessée et l'employeur**

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)	
Titre du poste/profession		Situation professionnelle actuelle : Personne travaillant    Personne interrompant le travail	

**B. Renseignements sur la personne professionnelle de la santé réglementée**

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 cette évaluation (jj/mm/aaaa)

**C. Renseignements cliniques**

1. Personne professionnelle de la santé réglementée ayant effectué l'orientation (s'il y a lieu) :	Date de l'orientation (jj/mm/aaaa)
2. Description de la lésion (veuillez détailler le mécanisme lésionnel) :	
3. Investigations, consultations et traitement à ce jour, notamment les médicaments :	

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

**C. Renseignements cliniques (suite)**

4. Fournissez tout renseignement médical pertinent (antécédents médicaux, états pathologiques et interventions chirurgicales) :

5. Décrivez les symptômes actuels de la personne blessée :

6. 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)	
	Personne droitère	Personne gauchère
Dominance manuelle		
Observation (p. ex., posture, démarche, situation quant à l'immobilisation)		
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		

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

**C. Renseignements cliniques (suite)**

6. 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)
Autre (précisez)	

7. Indiquez le ou les diagnostics reliés au travail :

8. 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) :

**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) :



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**

**Capacités**

<p><b>Marche :</b> Pleinement capable Distance maximale de 100 mètres De 100 à 200 mètres Autre (précisez) :</p>	<p><b>Position debout :</b> Pleinement capable Durée maximale de 15 minutes De 15 à 30 minutes Autre (précisez) :</p>	<p><b>Position assise :</b> Pleinement capable Durée maximale de 30 minutes De 30 à 60 minutes Autre (précisez) :</p>
<p><b>Ascension d'un escalier :</b> Pleinement capable Maximum de cinq marches De cinq à dix marches Autre (précisez) :</p>	<p><b>Soulèvement d'une charge du sol à la taille :</b> Pleinement capable Capacité limitée (de 0 à 5 kg) Charge légère (de 5 à 10 kg) Charge moyenne (de 10 à 20 kg) Charge lourde (plus de 20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Soulèvement d'une charge de la taille aux épaules :</b> Pleinement capable Capacité limitée (de 0 à 5 kg) Charge légère (de 5 à 10 kg) Charge moyenne (de 10 à 20 kg) Charge lourde (plus de 20 kg) Autre (précisez) :</p>
<p><b>Soulèvement d'une charge au-dessus des épaules :</b> Pleinement capable Capacité limitée (de 0 à 5 kg) Charge légère (de 5 à 10 kg) Charge moyenne (de 10 à 20 kg) Charge lourde (plus de 20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Poussée/traction d'une charge :</b> Pleinement capable Capacité limitée (de 0 à 5 kg) Charge légère (de 5 à 10 kg) Charge moyenne (de 10 à 20 kg) Charge lourde (plus de 20 kg) Autre (précisez) :</p>	<p><b>Ascension d'une échelle :</b> Pleinement capable 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	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 :**

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

<b>Travail en hauteur :</b>	<b>Exposition à des vibrations :</b>
	Personne globale    Main/bras

**Autres commentaires sur les capacités et restrictions :**

**Délai estimatif pour les capacités et les restrictions susmentionnées :**

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.