

A. Renseignements sur la personne blessée		
Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)
Le présent rapport doit être produit à la fin du 1^{er} bloc.		

B. Renseignements sur le professionnel de la santé réglementé		
<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____		
Nom	Date du rapport (jj/mmm/aaaa)	
Nom de l'établissement	Date du dernier traitement (jj/mm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, app./bureau)	N° de fournisseur de la WSIB	
Ville	Province	Code de service MTBRMPR
Code postal	Téléphone	Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.
		Numéro d'inscription à la TVH
		Code de service ONHST
Montant de TVH facturé		

C. Renseignements fonctionnels				
Utilisez l' <i>Échelle fonctionnelle spécifique au patient</i> (PSFS) et consignez les notes de trois à cinq activités fonctionnelles, dont au moins deux reliées au travail. La PSFS est disponible à www.wsib.ca .				
Activité fonctionnelle	Note initiale	Note de mi-parcours	Exigences physiques/fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
P. ex. : Soulever une charge à partir du sol	3/10	5/10	Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.	Capable de soulever une charge de 25 lb d'une hauteur de 8 po jusqu'au niveau des hanches.
1.	/10	/10		
2.	/10	/10		
3.	/10	/10		
4.	/10	/10		
5.	/10	/10		
Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)	/10	/10		

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

D. Autres interventions et orientations recommandées

1. Si vous fournissez une réadaptation vestibulaire ou que vous en recommandez une dans le cadre du 2^e bloc, veuillez fournir les constatations objectives issues de l'évaluation ainsi que la raison du traitement, et décrivez les interventions fournies et(ou) prévues :

2. Recommandez-vous des orientations additionnelles? Oui Non Si « **Oui** », veuillez préciser ci-dessous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programme de santé mentale communautaire (psychologie) de la WSIB | <input type="checkbox"/> Autre programme spécialisé de la WSIB |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Spécialiste du retour au travail de la WSIB |
| <input type="checkbox"/> Programme de neurologie de la WSIB | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Programme d'évaluation de santé professionnelle (PÉSP) de la WSIB, Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère | |

Raison de l'orientation :

Signature du professionnel de la santé réglementé dans le cadre du Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères

Date (jj/mmm/aaaa)