

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)	

**Vous devez remplir ce rapport à la fin du premier bloc. Vous devez confirmer l'admissibilité de la personne blessée avant d'entamer le deuxième bloc.**

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		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. Progrès à ce jour**

1. Réponse thérapeutique à ce jour :

Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante
Amélioration minimale	Aucune amélioration    Aggravation

Fournissez des détails :

**D. 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

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

**D. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement (suite)****2. 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) :

**3. Indiquez les objectifs de rétablissement et de retour au travail dans le cadre du deuxième bloc :****4. 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**

**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 :**

**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 l'évaluation initiale :**

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.