

Évaluation après 6 à 8 semaines

jj mm aa

Évaluation au 3^e mois

jj mm aa

N° de dossier (s'il est connu)

Pour éviter tout retard, veuillez remplir ce formulaire au complet en caractères d'imprimerie à l'encre noire.

A. Renseignements sur le patient

Nom de famille Prénom Init.

Date de naissance jj mm aa Date de la réévaluation jj mm aa Date de l'apparition des symptômes ou de l'accident jj mm aa

B. Facturation des professionnels de la santé

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) N° de fournisseur à la CSPAAT

Adresse (n°, rue, app.) Votre numéro de facture

Ville Prov. Code postal Téléphone ()

Signature du professionnel de la santé Code de service : CDRR Date jj mm aa

C. Renseignements cliniques

1. Depuis la dernière consultation, la dermatite : s'est atténuée s'est aggravée aucun changement

Précisez :

2. Changement de médicaments (Remplissez seulement si les médicaments ont changé depuis la dernière consultation) :

A. Pour la dermatite :

Dénomination commerciale ou générique	Puissance
<input type="checkbox"/> Corticostéroïdes topiques	<input type="checkbox"/> ultra élevée <input type="checkbox"/> élevée <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> faible
<input type="checkbox"/> Corticostéroïdes oraux	<input type="checkbox"/> ultra élevée <input type="checkbox"/> élevée <input type="checkbox"/> modérée <input type="checkbox"/> faible
	posologie : _____
	posologie : _____
<input type="checkbox"/> Hydratants à taux de lipides élevé <input type="checkbox"/> Crèmes au diméthicone	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	posologie : _____

Des réactions indésirables aux médicaments pourraient-elles entraver le retour au travail? Oui Non

Si **oui**, expliquez. _____

B. Pour d'autres troubles : Dénomination commerciale ou générique

C. Autres thérapies :

3. Y a-t-il des facteurs qui peuvent retarder le rétablissement (p. ex., psychologiques, sociaux)? Oui Non

Si **oui**, expliquez. _____

Nom de famille du patient	Prénom
Date de naissance jj mm aa	Date de l'apparition des symptômes ou de l'accident jj mm aa

N° de dossier (s'il est connu)

C. Renseignements cliniques (suite)

4. Que recommandez-vous pour résoudre ces problèmes?

5. Le travailleur a-t-il accru ses connaissances et ses compétences concernant la gestion de son état? Oui Non

Soins de la peau (p. ex., se laver les mains, appliquer des hydratants, porter des gants de protection ou des gants de coton) :

Excellents Bons Passables Mauvais Non évalués

Connaissance de la dermatite et de sa gestion :

Excellente Bonne Passable Mauvaise Non évaluée

Utilisation des médicaments :

Excellente Bonne Passable Mauvaise Non évaluée

6. Indiquez les techniques d'autogestion de la santé enseignées au travailleur :

Compréhension de la dermatite

Comment utiliser les médicaments

Éviter les irritants ou sensibilisants au travail, à la maison ou dans les loisirs

Surveiller les symptômes et le comportement quotidiens

Formation pratique sur les soins de la peau

Autre (précisez) :

7. Un test épicutané industriel a-t-il été effectué? Oui Non

Si **oui**, précisez la date. jj mm aa Résultats ci-joints Oui Non

8. Le patient devra-t-il être orienté vers d'autres médecins? Oui Non

Si **oui**, précisez. Dermatologue Autre -- indiquez son nom

9. Des traitements additionnels sont-ils requis? Oui Non

10. Avez-vous communiqué avec l'employeur? Oui Non

11. Le patient a-t-il communiqué avec l'employeur? Oui Non

D. Renseignements sur le retour au travail

1. Indiquez quel type de travail le patient accomplit ou prévoit accomplir.

Le patient peut-il continuer à travailler ou retourner travailler? Oui Non

Si **oui**, précisez :

Aucune précaution ou restriction

OU

Travail modifié*

OU

Aucun emploi disponible

*S'il s'agit d'un travail modifié, précisez les précautions ou les restrictions :

Durée des restrictions : [] jours **OU** [] semaines **OU** permanentes

Si **non**, indiquez la date prévue du retour au travail régulier ou à un travail modifié. jj mm aa

2. Indiquez toute autre recommandation visant un retour au travail rapide, sécuritaire et durable :

.....

.....

.....

.....

Programme de soins pour dermatite de contact professionnelle

Aide-mémoire à l'intention des médecins



Éléments du programme

Dépistage

Soupçonnez la présence de dermatite de contact professionnelle si :

- les symptômes sont apparus après le début de l'emploi;
- les symptômes se sont aggravés après le début de l'emploi;
- les symptômes diminuent pendant les fins de semaine ou les vacances.

(« Après le début de l'emploi » comprend les changements de tâches ou d'emplacement dans le même lieu de travail.)

Inscrivez au programme de soins les travailleurs qui pourraient être atteints de dermatite de contact professionnelle. Orientez vers un dermatologue ou un médecin spécialisé en médecine du travail tous les cas possibles de dermatite de contact allergique, de dermatite chronique, de dermatite de contact irritant avec facteurs allergiques et de dermatite complexe.

Remarque : Seul un petit nombre de médecins peuvent effectuer un test épicutané pour les allergènes industriels. Appelez la ligne de renseignements pour les professionnels de la santé de la CSPAAT pour connaître les cabinets les plus près de chez votre patient.

Évaluation initiale et traitement

- Antécédents et évaluation subjective
- Examen physique
- Éducation, gestion pharmacologique (p. ex., corticostéroïdes topiques à dosage élevé, hydratants à taux de lipides élevés, crèmes au diméthicone) et prévention (p. ex., doublures en coton sous des gants occlusifs).

Le patient reçoit une feuille d'information.

Composantes facultatives (cas spéciaux) :
immunomodulateurs macrolides

Réévaluation

- Après six à huit semaines, trois mois et six mois.
- Évaluer le patient.
- Surveiller les signes et symptômes, la connaissance de la maladie, les aggravations, la transition vers le travail et les facteurs de complication.

Congé du programme de soins

- Lorsque le travailleur n'a pas besoin d'autres traitements au suivi après six à huit semaines ou du troisième mois.
- La durée maximale du programme est de six mois.

Facturation et paiement

Tous les formulaires de rapport du programme de soins sont des formulaires de paiement.

Pour demander un paiement, remplissez chaque formulaire lié à la consultation appropriée et présentez-le à la CSPAAT dans les 24 à 48 heures. Pour éviter que le paiement soit retardé, remplissez soigneusement la section sur la facturation (figurant à la première page de chaque formulaire) et veillez à ce que les renseignements soient complets et lisibles. Indiquez toujours votre numéro de fournisseur de la CSPAAT. *Les médecins doivent continuer de facturer tous les services assurés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour les patients de la CSPAAT conformément à son barème d'honoraires.*

Rapport d'évaluation initiale et de dépistage Honoraires : 60 \$
Remplissez et soumettez ce rapport après la première consultation du travailleur.

Rapport de réévaluation Honoraires : 48 \$
Remplissez et soumettez ce rapport après le suivi de six à huit semaines et du troisième mois, si le travailleur continue à participer au programme de soins.

Sommaire des soins et des résultats Honoraires : 60 \$
Remplissez et soumettez ce rapport après le suivi du sixième mois ou avant, lorsque le travailleur a reçu son congé du programme de soins.

Communication avec l'employeur

Vous devez informer l'employeur par téléphone ou par la poste de la participation du travailleur blessé au programme de soins pour lui donner des conseils généraux concernant les capacités fonctionnelles, vérifier les exigences de l'emploi et discuter de la disponibilité d'un emploi modifié. Tous les appels doivent être consignés dans le dossier du travailleur blessé.

Fréquence : à l'admission, aux réévaluations et lors du congé.

Communication avec la CSPAAT

Appelez la CSPAAT si...

- le travailleur ne progresse pas comme prévu;
- le travailleur est orienté vers un autre professionnel de la santé (remarque : cela ne s'applique pas aux patients orientés vers des spécialistes);
- vous constatez des complications qui justifient une évaluation plus approfondie hors du programme de soins;
- tout autre problème surgit.

Pour de plus amples renseignements

Vous pouvez télécharger tous les documents du programme de soins, y compris les formulaires, à partir du site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca. Sélectionnez « Professionnels de la santé », puis cliquez sur « Programmes de soins ». Si vous avez des questions ou pour obtenir la trousse du médecin, appelez la ligne d'accès pour les professionnels de la santé au 1-800-569-7919 ou (416) 344-4526, du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h.

Veuillez soumettre les formulaires dûment remplis
par télécopieur au :
(416) 344-4684 ou 1-888-313-7373
ou par la poste au :
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1