

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 soumettre ce rapport à la fin du Programme de soins musculo-squelettiques ou quand la personne blessée en obtient le congé.			
Personne blessée ayant terminé le 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 deuxième 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. 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 droitère	Personne gauchère
Observation (p. ex., posture, démarche, situation quant à l'immobilisation)		

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 une personne spécialiste clinique de 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

Capacités

<p>Marche : Pleinement capable Distance maximale de 100 mètres De 100 à 200 mètres Autre (précisez) :</p>	<p>Position debout : Pleinement capable Durée maximale de 15 minutes De 15 à 30 minutes Autre (précisez) :</p>	<p>Position assise : Pleinement capable Durée maximale de 30 minutes De 30 à 60 minutes Autre (précisez) :</p>
<p>Ascension d'un escalier : Pleinement capable Maximum de cinq marches De cinq à dix marches Autre (précisez) :</p>	<p>Soulèvement d'une charge du sol à la taille : 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>Soulèvement d'une charge de la taille aux épaules : 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>Soulèvement d'une charge au-dessus des épaules : 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>Poussée/traction d'une charge : 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>Ascension d'une échelle : Pleinement capable D'un à trois barreaux De quatre à six barreaux Autre (précisez) :</p>
<p>Capable de conduire une voiture? Oui Non (veuillez expliquer) :</p>	<p>Capable d'utiliser les transports en commun? 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 :

<p>Main gauche</p> <p style="padding-left: 40px;">Empoigner</p> <p style="padding-left: 40px;">Pincer</p> <p style="padding-left: 40px;">Autre (précisez) :</p>	<p>Main droite</p>
--	---------------------------

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) :

<p>Travail en hauteur :</p>	<p>Exposition à des vibrations :</p> <p style="padding-left: 40px;">Personne globale Main/bras</p>
------------------------------------	--

Autres commentaires sur les capacités et restrictions :

Délai estimatif pour les capacités et les restrictions susmentionnées :

Résumez l'évolution des capacités fonctionnelles depuis le rapport de mi-parcours :

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.