

A. Renseignements sur la personne blessée et l'employeur				
Nom de famille		Prénom		Initiales
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Code postal	Téléphone
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)		
Nom de l'employeur		Nom du superviseur ou de la personne-ressource		Téléphone
Titre de poste/profession de la personne blessée			Emploi actuel occupé depuis environ mois ans	
Situation professionnelle au moment du congé :				
A. <input type="checkbox"/> Temps plein		ou <input type="checkbox"/> Temps partiel		Ne travaille pas
B. <input type="checkbox"/> Tâches habituelles		ou <input type="checkbox"/> Tâches modifiées		Si la personne blessée ne travaille pas, demandez-lui quand elle prévoit retourner au travail : jours
C. <input type="checkbox"/> Horaire normal		ou <input type="checkbox"/> Horaire modifié		
Si la personne blessée travaille selon des tâches ou un horaire modifiés, demandez-lui dans combien de temps elle pense pouvoir retravailler selon toutes ses heures et tâches : jours				

B. Renseignements sur le professionnel de la santé réglementé			
Chiropraticien	Ergothérapeute	Physiothérapeute	Autre (précisez) _____
Nom		Date du rapport (jj/mmm/aaaa)	
Nom de l'établissement		Date de cette évaluation (jj/mm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, app./bureau)		N° de fournisseur de la WSIB	
Ville		Province	Code de service MTBRIAF
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 cliniques			
1. Nom du professionnel de la santé réglementé/de l'établissement ayant posé le diagnostic de commotion/lésion cérébrale traumatique légère :			Date du diagnostic (jj/mmm/aaaa)
Sélectionner :	Médecin	Infirmière ou infirmier praticiens	Médecin spécialisé en lésions cérébrales traumatiques légères dans le cadre du Programme d'évaluation de santé professionnelle (PÉSP)
2. Description de la lésion par la personne blessée (fournissez des détails concernant le mécanisme lésionnel/la description de l'accident) :			
Perte de conscience :	Oui	Non	Si « Oui », minutes
Amnésie :	Oui	Non	
Maux de tête précoces :	Oui	Non	

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

C. Renseignements cliniques (suite)

3. Antécédents de ce qui suit :

Commotion/traumatisme crânien :	Oui	Non	Si « Oui », (nombre de lésions cérébrales traumatiques légères dans les 12 derniers mois)
Troubles ou préoccupations mentaux :	Oui	Non	
Trouble lié à l'usage de substances psychoactives :	Oui	Non	
Trouble neurologique :	Oui	Non	

Fournissez des détails concernant tout trouble cerné ci-dessus. Indiquez tout renseignement pertinent et(ou) tout renseignement concernant un trouble préexistant (indiquez les médicaments prescrits, les médicaments/suppléments en vente libre et les substances psychoactives prises, telles que l'alcool, la marijuana et autres drogues à usage récréatif) :

4. Investigations, consultations et traitement jusqu'ici (veuillez préciser) :

5. Résumé des symptômes autodéclarés :

Demandez à la personne blessée de faire des commentaires sur les trois symptômes les plus problématiques (p. ex. : intensité, fréquence, durée, progression, facteurs déclencheurs, facteurs aggravants).

Symptôme	Description
1.	
2.	
3.	

Ces symptômes existaient-ils avant la lésion cérébrale traumatique légère? Oui Non

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

6. Résumé des constatations physiques (y compris les constatations négatives pertinentes)

Examen	Examen normal		Constatations et détails
Plan musculo-squelettique	Oui	Non	
Plan neurologique	Oui	Non	
Équilibre	Oui	Non	
Plan vestibulaire	Oui	Non	
Autre (précisez)	Oui	Non	
État mental et cognition :			
Examen de l'état/des exercices fonctionnels (s'il y a lieu) :			

7. Questionnaire Rivermead sur les symptômes du syndrome post-commotionnel :

Total des notes (hormis celles des « autres difficultés »). Le questionnaire Rivermead est disponible à www.wsib.ca/fr. Note : /64

Commentaires :

8. Diagnostic évoqué :

Lésion cérébrale traumatique légère/commotion

Autre :

Commentaires :

9. Lors votre évaluation, avez-vous constaté/cerné des facteurs de complication pouvant retarder le rétablissement?

Oui Non

Si « **Oui** », veuillez préciser :

Croire que toute douleur est nuisible

Craindre ou éviter des activités

Morosité ou retrait social

Préférer des traitements passifs

Préoccupations personnelles

Changement de la dynamique relationnelle

Préoccupations professionnelles

Autre (précisez) :

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

10. Cochez toutes les activités de la vie quotidienne perturbées :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soins autoadministrés | <input type="checkbox"/> Ménage | <input type="checkbox"/> Loisirs/sports |
| <input type="checkbox"/> Préparation des repas | <input type="checkbox"/> Entretien (p. ex. : entretien extérieur, déneigement) | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Magasinage (courses) | <input type="checkbox"/> Conduite | <input type="checkbox"/> Utilisation de l'ordinateur /de la télévision |
| <input type="checkbox"/> Garde d'enfants/administration de soins | | <input type="checkbox"/> Lecture |

Commentaires sur les activités de la vie quotidienne perturbées (p. ex. : limitations actuelles par rapport aux capacités d'avant la lésion) :

D. Renseignements fonctionnels

11. Utilisez l'Échelle fonctionnelle spécifique au patient (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	Exigences physiques/fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
P. ex. : Soulever une charge à partir du sol	3/10	Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.	Capable de soulever une charge de 10 lb d'une hauteur de 8 po jusqu'au niveau des hanches.
1.	/10		
2.	/10		
3.	/10		
4.	/10		
5.	/10		
Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)	/10		

E. Capacités, limitations et adaptations en vue de la planification du retour au travail

12. Indiquez les capacités fonctionnelles, les limitations, les restrictions et les besoins d'adaptation de la personne blessée afin de faciliter son retour au travail.

Plan physique	Limitations			Décrire les adaptations recommandées
Position assise/position debout (durée de chacune/fréquence des changements)	Oui	Non	S.O.	
Soulèvement de charge (poids/fréquence, rythme personnel ou intense)	Oui	Non	S.O.	
Marche (distance/durée)	Oui	Non	S.O.	
Transport de charge	Oui	Non	S.O.	
Autre (précisez) :	Oui	Non	S.O.	

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

Éventuels déclencheurs de symptômes de la lésion cérébrale traumatique légère	Limitations	Décrire les adaptations recommandées
Travail à l'ordinateur (durée, fréquence des pauses/autres tâches)	Oui Non S.O.	
Tâches visuelles (lecture, tâches non informatiques)	Oui Non S.O.	
Éclairage (luminosité, fluorescent, etc.)	Oui Non S.O.	
Bruit (continu, impact, autre)	Oui Non S.O.	
Interactions avec le public	Oui Non S.O.	
Interactions avec des collègues	Oui Non S.O.	
Autre (précisez) :	Oui Non S.O.	
Considérations en matière de sécurité	Limitations	Décrire les adaptations recommandées
Travail en hauteur	Oui Non S.O.	
Conduite	Oui Non S.O.	
Utilisation de machinerie	Oui Non S.O.	
Autre (précisez) :	Oui Non S.O.	

F. Recommandations concernant le plan de traitement et les autres orientations

13. Indiquez les interventions thérapeutiques prévues :

Éducation

Reprise graduelle de l'activité

Thérapie par des exercices progressifs (notamment des exercices d'équilibre ou de coordination), comme le test pour commotion sur tapis roulant (test « Buffalo »).

Thérapie manuelle

Réadaptation vestibulaire; fournissez les constatations objectives issues de l'évaluation, la raison du traitement et les interventions prévues :

Autre (précisez) :

Durée et fréquence prévues du traitement

Durée estimative du traitement : semaines

Si plus de huit semaines sont prévues, fournissez la raison :

Fréquence estimative du traitement : fois par semaine

Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

Éducation initiale

Est-ce que la personne blessée a semblé comprendre les renseignements sur la lésion cérébrale traumatique légère? Oui Non

Lui avez-vous fourni du matériel pédagogique imprimé? Oui Non

Sujets abordés :

Renseignements sur les commotions	Niveaux d'anxiété
Interprétation des symptômes	Gestion des symptômes
Attentes en matière de rétablissement	Autre (précisez) :

14. 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"/> Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère dans le cadre du PÉSP de la WSIB	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
<input type="checkbox"/> Programme de neurologie de la WSIB, Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère	

Raison de l'orientation :

15. Autres commentaires :

Signature du professionnel de la santé réglementé dans le cadre du Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères	Date (jj/mmm/aaaa)
--	--------------------