

CENTRE DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE CLIENT ADRESSÉ POUR UNE ADMISSION

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR BLESSÉ

NOM : _____	N° DE RÉCLAMATION : _____
ADRESSÉ : _____	DATE DE L'ACCIDENT : _____
N° DE TÉLÉPHONE : _____	EMPLOYEUR: _____
DATE DE NAISSANCE : _____	PROFESSION: _____
N° D'ASSURANCE-MALADIE : _____	LE CLIENT OCCUPE-T-IL UN EMPLOI? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI ADRESSE LE CLIENT

NOM : _____	N° DE TÉL. : (S'il ne s'agit pas d'un responsable de cas de Travail sécuritaire NB.) _____	Mise en garde <input type="checkbox"/>
-------------	--	--

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADMISSION

DATE D'ADMISSION DEMANDÉE : _____	RÉADMISSION : _____
ADMISSION D'URGENCE : _____	HÔTEL NÉCESSAIRE : _____
RAISON DE L'URGENCE : _____	LANGUE DU CLIENT : _____

DIAGNOSTIC :	
--------------	--

RAISON POUR ADRESSER LE CAS :	
-------------------------------	--

BUT PRÉCIS / QUESTIONS :	
--------------------------	--

FORMULAIRE REMPLI PAR : _____

DATE : _____

NOM DU TRAVAILLEUR BLESSÉ : _____

N° DE RÉCLAMATION : _____

Veillez indiquer d'un « X » le(s) service(s) qui convient (conviennent).

PROGRAMME DE RÉTABLISSEMENT

ÉQUIPE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niveau, au choix de l'équipe | <input type="checkbox"/> Moyen / Lourd | <input type="checkbox"/> Ré-évaluation par l'équipe |
| <input type="checkbox"/> Consultation multidisciplinaire | <input type="checkbox"/> Sédentaire / Léger | <input type="checkbox"/> Évaluation en vue de la réduction des opiacés |
| <input type="checkbox"/> Reprise du travail sans progrès | <input type="checkbox"/> Traumatisme cérébral léger | <input type="checkbox"/> Réduction des opiacés avec un but relatif à la reprise du travail |
| <input type="checkbox"/> Thérapie en augmentation de la motivation suivie par admission au Programme de rétablissement | <input type="checkbox"/> Troubles consécutifs aux traumatismes cumulatifs | <input type="checkbox"/> Réduction des opiacés sans but relatif à la reprise du travail |
| <input type="checkbox"/> Résultat du questionnaire de motivation : _____ | <input type="checkbox"/> Syndrome de douleur régionale complexe / Dystrophie sympathique réflexe | <input type="checkbox"/> Réadaptation pour les amputés |
| <input type="checkbox"/> Blessures psychologiques traumatiques | | |

ÉDUCATION

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comprendre les pratiques de travail sécuritaires | <input type="checkbox"/> Comprendre la douleur | <input type="checkbox"/> Les bienfaits de l'exercice |
| <input type="checkbox"/> Formation sur les techniques de déplacement | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

SERVICES D'UNE SEULE DISCIPLINE

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conditionnement au travail | <input type="checkbox"/> Reprise graduelle du travail | <input type="checkbox"/> Examen médical |
| <input type="checkbox"/> Examen médical et renvoi au Programme de rétablissement, si cela convient | <input type="checkbox"/> Examen médical indépendant | <input type="checkbox"/> Diminution physique permanente |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Rétroaction biologique | <input type="checkbox"/> Neurostimulateur transcutané |
| <input type="checkbox"/> Consultation psychologique | <input type="checkbox"/> Consultation en travail social | <input type="checkbox"/> Consultation en chiropractie |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Consultation en diététique | <input type="checkbox"/> Évaluation de la mobilité |
| | | <input type="checkbox"/> Autre _____ |

PROGRAMME D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation neuropsychologique | <input type="checkbox"/> Évaluation psychologique : (Indiquer le genre d'évaluation.) | <input type="checkbox"/> Évaluation de la capacité de travail (générale) |
| <input type="checkbox"/> Évaluation ergonomique | <input type="checkbox"/> Évaluation propre à un emploi : (Indiquer le titre du poste, la personne-ressource et son numéro de téléphone.) | <input type="checkbox"/> Analyse des facteurs de risque |
| <input type="checkbox"/> Analyse du lieu de travail : (Indiquer le titre du poste, la personne-ressource et son numéro de téléphone.) | <input type="checkbox"/> État physique | <input type="checkbox"/> Évaluation du lieu de travail : (Indiquer le titre du poste, la personne-ressource et son numéro de téléphone.) |
| | <input type="checkbox"/> Propre à un emploi / Générale : _____ | |

N° d'identification personnel : _____ Entré le : _____ Date d'admission prévue : _____

Épisode : _____ Mis à l'horaire : _____