

**SERVICE PSYCHOLOGIQUE
 RAPPORT D'ÉVOLUTION**

(Le présent rapport doit être rempli et présenté à toutes les 4 à 6 séances à moins qu'il n'en ait été décidé autrement avec Travail sécuritaire NB.)

Client	_____	Numéro de réclamation	_____
Médecin / Thérapeute	_____	Gestionnaire de cas	_____
Date de l'évaluation initiale	_____	Date du rapport	_____
Nombre de traitements jusqu'à présent	_____	Nombre de rendez-vous manqués / annulés	_____
Buts généraux en matière de réadaptation :	Préparer le client à retourner au travail qu'il faisait avant son accident Préparer le client à retourner à des tâches modifiées ou à un autre travail	Aider le client à demeurer au travail Améliorer la qualité de vie / les fonctions du client	

Résumé du traitement depuis le dernier rapport :

Progrès quant aux objectifs de traitement (précisez les changements de comportement, l'amélioration des fonctions relativement au but en matière de réadaptation et les résultats des tests psychométriques) et donner un aperçu de tout changement aux objectifs de traitement initiaux et au plan de traitement (s'il en est).

**TRAITEMENT ET RÉACTION
 AU TRAITEMENT**

Client _____

N° de réclamation _____

RECOMMANDATIONS	Facteurs ayant un effet sur le pronostic quant au traitement (obstacles à la réadaptation, y compris problèmes possibles relatifs au retour au travail) :
	Plan de traitement proposé (veuillez donner un aperçu des interventions précises planifiées, du nombre prévu de consultations et de la durée du traitement) :
	Objectifs de traitement : Comment le traitement aidera-t-il le client à améliorer ses fonctions en vue du but en matière de réadaptation au cours des prochaines 4 à 6 séances?
	Limitations de travail précises (actuelles) : Quelles tâches modifiées ou activités bénévoles le client pourrait-il effectuer compte tenu de ces limitations?

Client _____

N° de réclamation _____

Autres commentaires :

Aimeriez-vous qu'un : gestionnaire de qu'un conseiller en psychologie de Travail
cas ou sécuritaire NB communique avec vous?

Signature _____

Date _____

VEUILLEZ POSTER à Travail sécuritaire NB, case postale 160, Saint John (N.-B.) E2L 3X9 **OU TÉLÉCOPIER au numéro sans frais 1 888 629-4722.**

Le paragraphe 41(10) de la *Loi sur les accidents du travail* vous autorise à fournir ces renseignements.
Toute personne qui a un intérêt personnel dans la réclamation qui fait l'objet d'une étude peut avoir accès au présent document.