

SERVICE PSYCHOLOGIQUE
RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE

Client	_____	Numéro de réclamation	_____
Médecin / Thérapeute	_____	Gestionnaire de cas	_____
Date de l'évaluation initiale	_____	Date du rapport	_____
But en matière de réadaptation :	Évaluation / Prise de décision 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	

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Résumé de l'incident (ce qui s'est produit et comment le client a réagi au moment de l'incident) :

CONSTATATIONS DE L'ÉVALUATION

Résultats de l'entrevue clinique (effets psychologiques de l'incident, symptômes actuels, effets des symptômes actuels sur le fonctionnement au domicile / travail et antécédents psychosociaux pertinents, y compris tout problème de santé mentale) :

Résultats des tests psychométriques :

Client _____

N° de réclamation _____

Diagnostic selon la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique*, et lien avec la blessure subie au travail :

Facteurs ayant un effet sur le pronostic quant au traitement (obstacles à la réadaptation, y compris problèmes possibles relatifs au retour au travail) :

CONCLUSIONS

Client _____

N° de réclamation _____

Limitations de travail précises :

Quelles tâches modifiées ou activités bénévoles le client pourrait-il effectuer compte tenu de ces limitations?

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?

RECOMMANDATIONS

Client _____

N° de réclamation _____

Autres commentaires :

Aimeriez-vous
qu'un :

gestionnaire de
cas ou

qu'un conseiller en psychologie de Travail
sécuritaire NB communique avec vous?

Signature _____

Date _____

Remarque : Le rapport doit être envoyé dans les 14 jours qui suivent la demande.

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.