|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WorkSafe-Color - 600dpi  | A picture containing indoor, black  Description automatically generated**Vous avez des questions?**Balayez ou tapez le code QR, ou cliquez sur celui-ci pour voir des directives détaillées. Ce formulaire est aussi offert en [format PDF](https://www.travailsecuritairenb.ca/media/61141/rapport-d-%C3%A9valuation-initiale-en-psychologie.pdf) à remplir. | Rapport d’évaluation initiale en psychologie |
| Date du rapport (aaaa-mm-jj)      | No de réclamation de Travail sécuritaire NB (s’il est connu) :      |

|  |
| --- |
| **Veuillez envoyer ce rapport dans les dix jours ouvrables qui suivront le rendez-vous. Vous pouvez le présenter rapidement et de façon sécuritaire par le biais de votre dossier Mes services.** |

 Fournisseur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom      | No de fournisseur de Travail sécuritaire NB       |
| Adresse postale       |
| Ville / Village      | Code postal       | No de téléphone (y compris l’indicatif régional)      | No de télécopieur (y compris l’indicatif régional)      |
| Adresse de courriel      | Avez-vous un dossier Mes services? [ ]  Oui [ ]  Non | Moyen de communication préféré      |

Travailleur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de famille du travailleur      | Prénom       | Date de naissance      |
| Profession      | Date de la blessure       | S’il s’agit d’une exposition cumulative / répétée, veuillez donner les dates d’exposition. Du       au       |
| Le travailleur travaille-t-il à l’heure actuelle?[ ]  Oui  [ ]  Non | Si oui… [ ]  à temps plein [ ]  heures habituelles [ ]  tâches habituelles  [ ]  à temps partiel [ ]  heures modifiées [ ]  tâches modifiées |
| Si non, indiquez la dernière date à laquelle il a travaillé (aaaa-mm-jj).        | Depuis quand le travailleur est-il au service de son employeur actuel?      | Commentaires      |

Employeur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employeur       | Commentaires      |
| Description de l’employeur de la blessure / l’incident (Voir le *Rapport sur l’accident ou la maladie professionnelle.*)       |

Rapport clinique

|  |
| --- |
| Description du travailleur de la blessure / l’incident      |
| Réaction violente      | À votre avis, l’incident décrit par le travailleur et l’employeur satisfait-il aux critères du DSM-5 pour un événement traumatique? [ ]  Oui [ ]  Non |
| L’expression des symptômes a-t-elle été retardée?[ ]  Oui [ ]  Non | Si oui, décrivez les facteurs qui ont déclenché la réclamation actuelle.       |
| Symptômes actuels[ ]  Traumatisme [ ]  Colère / Irritabilité [ ]  Dépression [ ]  Anxiété [ ]  Usage de substances [ ]  Isolement / Retrait social [ ]  Problèmes cognitifs [ ]  Idées suicidaires [ ]  Autres :       |
| Commentaires sur les symptômes      |
| Risque de suicide [ ]  Aucun [ ]  Peu élevé [ ]  Moyen [ ]  Élevé S’il y des inquiétudes pour ce qui est du suicide, veuillez décrire le plan de sécurité :        |
| Obstacles actuels au traitement et au retour au travail[ ]  Traits de personnalité [ ]  Problèmes de sommeil [ ]  Blessure / Douleur physique [ ]  Pas d’emploi [ ]  Problèmes au niveau de la réclamation [ ]  Manque de soutien social [ ]  Faible motivation à retourner au travail [ ]  Problèmes au niveau de la relation entre l’employeur et les travailleurs [ ]  Méfiance envers Travail sécuritaire NB[ ]  Problèmes juridiques [ ]  Faible motivation à obtenir des traitements psychologiques [ ]  Autre :       |
| Commentaires sur les obstacles      |
| Comorbidités médicales      | Médicaments actuels (type, dose et condition traitée)      |
| Antécédents de problèmes psychologiques / psychiatriques (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.)[ ]  Aucun[ ]  Ne sais pas[ ]  Traumatisme ou événements stressants [ ]  Abus d’alcool ou d’autres drogues[ ]  Problèmes de santé mentale nécessitant un traitement [ ]  Médicaments psychotropes [ ]  Autre :       | Diagnostic de problème de santé mentale préexistant? [ ]  Non [ ]  Oui [ ]  Ne sais pas  |
| Commentaires sur les antécédents / diagnostics préexistants      |
| Tests psychométriques (Énumérez tous les tests et leurs résultats.)     Date des tests psychométriques (aaaa-mm-jj)      |
| Renseignements sur la validité de l’auto-déclaration des symptômes      |
| Diagnostic préliminaire[ ]  Trouble de stress post-traumatique, 309.81 [ ]  État de stress aigu, 308.3 [ ]  Trouble de l’adaptation (type et code :      ) [ ]  Trouble dépressif majeur (type et code :      )[ ]  Trouble lié à l’utilisation de substances (type et code :      ) [ ]  Pas assez d’information pour poser un diagnostic [ ]  Aucun diagnostic |
| Commentaires sur le diagnostic      |
| Commentaires sur la relation entre le diagnostic actuel et l’événement au lieu de travail      |
| Le diagnostic est fondé sur (cochez toutes les cases qui s’appliquent) :[ ]  Entrevue clinique[ ]  Entrevue diagnostique structurée / semi-structurée [ ]  Tests psychométriques[ ]  Examen du dossier[ ]  Autre       | Le diagnostic actuel représente :[ ]  Une nouvelle condition psychologique liée au travail[ ]  Une condition psychologique liée à un traumatisme précédent lié au travail [ ]  Une condition psychologique personnelle non liée au travail |
| Commentaires       |

Capacités fonctionnelles

|  |
| --- |
| [ ]  La condition psychologique du travailleur **ne limite pas** sa capacité de travailler (peut retourner au travail sans mesure d’adaptation).[ ]  La condition psychologique du travailleur **limite** sa capacité de travailler (peut retourner au travail avec des mesures d’adaptation). |
| Symptômes exigeant des mesures d’adaptation       | Commentaires      |

|  |
| --- |
| **Mesures d’adaptation recommandées**(Cochez toutes les cases qui s’appliquent.) |
| [ ]  Certaines tâchesVeuillez décrire.     Commentaires      |
| [ ]  Certains endroits au travailVeuillez décrire.     Commentaires      |
| [ ]  Certaines conditions ambiantes Veuillez décrire.     Commentaires      |
| [ ]  Certaines heures de travailVeuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  Certaines populationsVeuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  Capacité de travailler de façon autonomeVeuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  Responsabilités de supervisionVeuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  Prise de décision critiqueVeuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  Travaux où il y a un risque pour la sécurité Veuillez décrire.      Commentaires      |
| [ ]  AutreVeuillez décrire.     Commentaires      |
| Durée prévue des mesures d’adaptationVeuillez décrire.     Commentaires      |  |

|  |
| --- |
| **Traitement recommandé** (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.) |
| [ ]  Traitement psychologique individuel axé sur le traumatisme[ ]  Ergothérapie[ ]  Services de consommation / d’abus de substances [ ]  Examen psychiatrique / Examen des médicaments psychotropes[ ]  Examen médical[ ]  Aucun traitement[ ]  Autre :       |
| Durée prévue du traitement      |  |
| Commentaires       |  |

|  |
| --- |
| Aimeriez-vous qu’un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB communique avec vous? [ ]  Oui [ ]  NonCommentaires      |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature (pas nécessaire si vous présentez le rapport par le biais de Mes services) | Date (aaaa-mm-jj)      |
|  |
|  |  |  |

**Transmission par le biais de Mes services**
Mes services est une plateforme en ligne sécurisée où les fournisseurs peuvent télécharger des rapports; présenter des factures; envoyer des courriels aux personnes responsables des réclamations et aux conseillers en psychologie; vérifier l’état d’une facture; s’inscrire au dépôt direct; voir les relevés de dépôt direct; et mettre à jour leurs renseignements bancaires. Pour vous inscrire à Mes services, allez à la [page d’inscription](https://www.ws-ts.nb.ca/Services/Portal/Register) de Travail sécuritaire NB ou composez le 1 800 999-9775.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demandes de renseignements** Sans frais 1 800 999-9775 Lundi au vendredi, 8 h 00 à 16 h 30 | **Télécopieur** Sans frais 1 888 629-4722  | **Adresse postale**Travail sécuritaire NB1, rue PortlandCase postale 160Saint John NB E2L 3X9 |
|

Travail sécuritaire NB recueille des renseignements sur ce formulaire à des fins d’application de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Il se conforme à la *Loi sur le droit à l’information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l’accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.* Pour en apprendre plus sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels sur la santé, veuillez visiter la page Web de Travail sécuritaire NB [Accès à l’information et protection des renseignements personnels](https://www.travailsecuritairenb.ca/politiques-et-lois/lois/acc%C3%A8s-%C3%A0-l-information-et-protection-des-renseignements-personnels/).