|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WorkSafe-Color - 600dpi  **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/61148/rapport-d-%C3%A9volution-en-psychologie.pdf) à remplir. | A picture containing indoor, black  Description automatically generated | Rapport d’évolution en psychologie | | |
| Date du rapport (aaaa-mm-jj) | | | No de réclamation (s’il est connu) |

|  |
| --- |
| **Veuillez présenter un rapport dans les dix jours ouvrables qui suivront chaque bloc de huit séances sans égard au nombre de séances offertes. 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) |

Travailleur

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de famille du travailleur | Prénom | Initiale | Date de naissance |
| 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 | | |
| S’il ne travaille pas, veuillez faire vos commentaires. | | | |

Traitement

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’évaluation initiale :  Nombre de séances depuis l’évaluation initiale :    Nombre de rendez-vous manqués / annulés : | Fréquence des traitements  Une fois par semaine  À toutes les deux semaines  Une fois par mois  Si la fréquence des traitements est de moins d’une fois par semaine, veuillez expliquer. |
| *Le traitement est offert en blocs de huit semaines (maximum de huit séances sur une période de huit semaines). Veuillez présenter un rapport d’évolution à toutes les huit semaines sans égard au nombre de séances offertes et indiquer le bloc en cours (par exemple, premier, deuxième, troisième). Aucun traitement ne devrait être offert après trois blocs (24 semaines) sans l’approbation de Travail sécuritaire NB. Vous pouvez demander une prolongation du traitement au-delà de 24 semaines en recommandant des séances additionnelles et en décrivant le plan de traitement proposé à la fin de ce rapport, ou en communiquant avec le gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB.*  No du bloc de traitement :  Le travailleur a terminé le bloc (maximum de huit séances sur une période de huit semaines).  Le travailleur n’est pas revenu / a mis fin au traitement. | |

Progrès cliniques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
| Médicaments actuels  Ne sais pas  Aucun changement depuis le dernier rapport  Changements indiqués  Indiquez le type, la dose et la condition traitée. | | | |
| Mise à jour sur le traitement  Veuillez donner un bref aperçu des progrès réalisés jusqu’à maintenant. | | | |
| Objectifs de traitement déjà établis | | | |
| Approches quant au traitement données jusqu’à maintenant | | | |
| Réaction au traitement  Aucune amélioration  Amélioration minime  Amélioration modeste  Amélioration importante  Entièrement rétabli  Veuillez décrire en détail la réaction au traitement jusqu’à maintenant, les résultats prévus, les délais et le pronostic. | | | |
| Veuillez décrire la conformité du travailleur aux suggestions quant au traitement / devoirs. | | | |
| Tests psychométriques (Énumérez tous les tests et leurs résultats.)    Date des tests (aaaa-mm-jj) | | | |
| Mesures (IDB, IAB, TSPT etc.) | État initial | État actuel |  |
|  |  |  | Amélioré  Inchangé  Empiré |
|  |  |  | Amélioré  Inchangé  Empiré |
|  |  |  | Amélioré  Inchangé  Empiré |
|  |  |  | Amélioré  Inchangé  Empiré |
| Commentaires sur les tests psychométriques | | | |
| Diagnostic du DSM mis à jour  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 [veuillez inclure tout changement quant à l’état (par exemple, réglé, amélioré, inchangé, empiré)] | | | |

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). | |
| Probabilité que le travailleur retourne au travail  Travail qu’il faisait avant son accident :  Faible  Moyenne  Forte  Veuillez expliquer.  Nouveau / Autre poste :  Faible  Moyenne  Forte  Veuillez expliquer. | |
| Symptômes exigeant des mesures d’adaptation | Commentaires |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mesures d’adaptation recommandées** (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.) |  | |  |
| Certaines tâches  Veuillez décrire.  Commentaires | | | |
| Certains endroits au travail  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Certaines conditions ambiantes  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Certaines heures de travail  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Certaines populations  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Capacité de travailler de façon autonome  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Responsabilités de supervision  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Prise de décision critique  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Travaux où il y a un risque pour la sécurité  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Autre  Veuillez décrire.    Commentaires | | | |
| Durée prévue des mesures d’adaptation :  Veuillez 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 ou un gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB communique avec vous?  Conseiller en psychologie  Gestionnaire de cas |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 NB 1, rue Portland Case postale 160  Saint 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/accès-à-l-information-et-protection-des-renseignements-personnels/).