|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.worksafenb.ca/media/61158/r%C3%A9sum%C3%A9-de-dossier-en-psychologie.pdf) à remplir. | [A picture containing indoor, black  Description automatically generated](https://www.travailsecuritairenb.ca/soins-de-sant%C3%A9/collaborer-avec-nous/formulaires/les-rapports-de-psychologie/) | Résumé de dossier en psychologie | | |
| Date du rapport (aaaa-mm-jj) | | | No de réclamation |

|  |
| --- |
| **Veuillez présenter ce rapport dans les dix jours ouvrables qui suivront le dernier 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 télécopie (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 | S’il ne travaille pas, veuillez faire vos commentaires. | | | |
| Si oui,  Effectue-t-il le même travail qu’il effectuait avant son accident?  Oui  Non  Effectue-t-il un travail différent?  Oui  Non  Veuillez expliquer. | Type de travail  À temps plein  À temps partiel  Tâches habituelles  Tâches modifiées  Heures habituelles  Heures modifiées | | Commentaires | |
| Le travailleur a-t-il atteint un plateau – plus de progrès psychologiques ou fonctionnels?  Oui  Non | Le travailleur a-t-il été affecté à un autre service / établissement?  Oui  Non | |

Traitement

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’évaluation initiale :  Nombre de séances :  Nombre de rendez-vous manqués / annulés : | 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. |
| Objectifs de traitements établis : | Objectifs atteints?  Oui  Non  Commentaires |
| Traitement offert (aperçu) | |
| Approches quant au traitement données | |
| Réaction au traitement  Aucune amélioration  Amélioration minime  Amélioration modeste  Amélioration importante  Entièrement rétabli | |
| Commentaires | |

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 ou 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. | | | |
| Tests psychométriques (Énumérez tous les tests et leurs résultats.)    Date des tests (aaaa-mm-jj) | | | |
| Mesures (IDB, IAB, TSPT, etc.) | État initial | État au moment du congé |  |
|  |  |  | 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 changement quant au diagnostic (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). | |
| 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 | |  | |

Autre soutien

|  |
| --- |
| Recommandez-vous des traitements de suivi? (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  Autre :  Aucun 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 160 Case postale  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/).