

**SERVICE PSYCHOLOGIQUE
 RÉSUMÉ DE DOSSIER**

Client	_____	Numéro de réclamation	_____
Médecin / Thérapeute	_____	Gestionnaire de cas	_____
Date du dernier rendez-vous	_____	Date du rapport	_____
Nombre total de traitements	_____	Nombre total de rendez-vous manqués / annulés	_____

But 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
----------------------------------	---	--

Situation au moment du congé :

Le client est retourné au travail qu'il faisait avant son accident : toutes les heures et toutes les tâches
 Le client est retourné au travail : des tâches modifiées ou un autre travail
 Le client ne travaille pas?
 Raison : _____

Plateau : plus de progrès psychologiques ou fonctionnels
 Le client a été adressé en vue d'un autre service / à un autre établissement.

TRAITEMENT ET RÉACTION AU TRAITEMENT	Résumé du traitement offert :
	Résultats des tests psychométriques / tests subséquents :

Client _____

N° de réclamation _____

Progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de traitement et le but en matière de réadaptation :

Situation par rapport au retour au travail (commentaires sur les capacités / limitations) :

Recommandations / Autres commentaires :

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Signature _____

Date _____

Remarque : Le présent rapport doit être présenté dans les 14 jours qui suivent le congé.

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.