

**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.

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

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.