



CENTRE DE RÉÉDUCATION DE TRAVAIL SÉCURITAIRE NB CAS ADRESSÉ EN VUE DE SERVICES / DEMANDE DE MATÉRIEL

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR BLESSÉ

NOM :	_____	N° DE RÉCLAMATION :	_____
ADRESSE :	_____		
N° DE TÉLÉPHONE :	_____	DATE DE L'ACCIDENT :	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____	EMPLOYEUR :	_____
N° D'ASSURANCE-MALADIE :	_____	PROFESSION :	_____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE QUI ADRESSE LE CLIENT

NOM :	_____	N° DE TÉL. :	_____
-------	-------	--------------	-------

CAS ADRESSÉ EN VUE DE SERVICES :	<input type="checkbox"/>	DEMANDE DE MATÉRIEL :	<input type="checkbox"/>	Ne remplir que la partie « MATÉRIEL REQUIS / AUTORISÉ »
----------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---

RAISON POUR ADRESSER LE CAS / BUT :	
MATÉRIEL REQUIS / AUTORISÉ :	

RENSEIGNEMENTS SUR LES SERVICES

ADMISSION D'URGENCE :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	RÉADMISSION :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
DATE D'ADMISSION DEMANDÉE (AAAA-MM-JJ) :	_____	HÔTEL NÉCESSAIRE :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
COMMUNIQUER AVEC LE GESTIONNAIRE DE CAS AVANT D'ADMETTRE :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	LE CLIENT OCCUPE-T-IL UN EMPLOI?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu
LANGUE DU CLIENT :	_____	MISE EN GARDE :	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC :	
--------------	--

NOM DU TRAVAILLEUR BLESSÉ : _____ N° DE RÉCLAMATION : _____

Veuillez indiquer avec le(s) service(s) qui convient (conviennent).

PROGRAMME DE RÉTABLISSEMENT	
ÉQUIPE	
<input type="checkbox"/> Réentraînement au travail <input type="radio"/> Moyen / Lourd <input type="radio"/> Épaule <input checked="" type="radio"/> Sédentaire / Léger <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Thérapie de l'augmentation de la motivation – AVEC Programme de rétablissement <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Les deux	<input type="checkbox"/> Troubles consécutifs aux traumatismes cumulatifs <input type="checkbox"/> Syndrome de douleur régionale complexe / Dystrophie sympathique réflexe <input type="checkbox"/> Blessures psychologiques traumatiques
<input type="checkbox"/> Réévaluation par l'équipe	<input type="checkbox"/> Traumatisme cérébral léger
<input type="checkbox"/> Consultation multidisciplinaire – Évaluation de 3 jours suivie d'une réunion avec le gestionnaire de cas pour discuter de recommandations de traitement <input type="radio"/> Moyen / Lourd <input type="radio"/> Blessures psychologiques traumatiques <input checked="" type="radio"/> Sédentaire / Léger <input type="radio"/> Syndrome de douleur régionale complexe <input type="radio"/> Traumatisme cérébral léger <input type="radio"/> Troubles consécutifs aux traumatismes cumulatifs	<input type="checkbox"/> Réduction des opiacés <input checked="" type="radio"/> Avec but relatif à la reprise du travail <input type="radio"/> Sans but relatif à la reprise du travail <input checked="" type="radio"/> Dépistage <input type="radio"/> Admission
<input type="checkbox"/> Reprise du travail sans progrès	<input type="checkbox"/> Réadaptation pour les amputés

ÉDUCATION		
<input type="checkbox"/> Comprendre la douleur	<input type="checkbox"/> La gestion du stress et la relaxation	<input type="checkbox"/> Loisirs et style de vie
<input type="checkbox"/> Comprendre les pratiques de travail sécuritaires	<input type="checkbox"/> Formation sur les techniques de déplacement	<input type="checkbox"/> Séries sur les troubles consécutifs aux traumatismes cumulatifs
<input type="checkbox"/> Les bienfaits de l'exercice	<input type="checkbox"/> La nutrition depuis votre blessure	<input type="checkbox"/> Sommeil réparateur

SERVICES D'UNE SEULE DISCIPLINE		
<input type="checkbox"/> Conditionnement au travail	<input type="checkbox"/> Examen médical	<input type="checkbox"/> Consultation psychologique
<input type="checkbox"/> Rétroaction biologique	<input type="checkbox"/> Examen médical indépendant	<input type="checkbox"/> Consultation en travail social
<input type="checkbox"/> Neurostimulateur transcutané	<input type="checkbox"/> Diminution physique permanente	<input type="checkbox"/> Consultation en diététique
<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Suivi médical	<input type="checkbox"/> Suivi des soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Reprise graduelle du travail	<input type="checkbox"/> Thérapie de l'augmentation de la motivation – SANS Programme de rétablissement	<input type="checkbox"/> Évaluation de la mobilité
<input type="checkbox"/> Allocation de soins à domicile		<input type="checkbox"/> Services techniques
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Évaluation des blessures psychologiques traumatiques	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Réadaptation cognitive	<input type="checkbox"/> Genre d'examen de dossier :	

PROGRAMME D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE		
<input type="checkbox"/> Évaluation de la capacité de travail <input type="radio"/> Propre à un emploi <input type="radio"/> Générale <input checked="" type="radio"/> Propre à un emploi / Générale <input type="radio"/> Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Évaluation psychologique : (Indiquer le genre d'évaluation.)	<input type="checkbox"/> Évaluation ergonomique
	<input type="checkbox"/> Évaluation du lieu de travail : (Indiquer le titre du poste, la personne-ressource et son numéro de téléphone.)	<input type="checkbox"/> Analyse des facteurs de risque
	<input type="checkbox"/> Analyse du lieu de travail : (Indiquer le titre du poste, la personne-ressource et son numéro de téléphone.)	<input type="checkbox"/> Genre d'examen de dossier :

N° d'identification personnel : _____ Entré le : _____ Date d'admission prévue : _____
 Épisode : _____ Mis à l'horaire : _____ Heure du rendez-vous : _____