



**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 Word](#) à remplir.

Date du rapport (aaaa-mm-jj)	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB (s'il est connu) :
------------------------------	----------------------------------------------------------------

**Veillez ne pas commencer le traitement avant d'avoir obtenu l'approbation de Travail sécuritaire NB. Ce rapport doit être présenté dans les dix jours ouvrables qui suivront l'évaluation. Vous pouvez le présenter rapidement et de façon sécuritaire par le biais de votre dossier Mes services.**

## Fournisseur

Nom		N° de fournisseur de Travail sécuritaire NB	
Adresse postale			
Ville / Village	Code postal	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)	N° de télécopieur (y compris l'indicatif régional)
Adresse de courriel	Avez-vous un dossier Mes services? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Moyen de communication préféré

## Travailleur

Prénom du travailleur	Nom de famille	Date de naissance
Profession	Date de la blessure	S'il s'agit d'une exposition cumulative / répétée, veuillez donner les dates d'exposition. Du _____ au _____
Le travailleur travaille-t-il à l'heure actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui... <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> heures habituelles <input type="checkbox"/> tâches habituelles <input type="checkbox"/> à temps partiel <input type="checkbox"/> heures modifiées <input type="checkbox"/> tâches modifiées	
Si non, indiquez la dernière date à laquelle il a travaillé (aaaa-mm-jj).	Depuis quand le travailleur est-il au service de son employeur actuel?	Commentaires

## Employeur

Nom de l'employeur	Commentaires
Description de l'employeur de la blessure / l'incident (Voir le Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle.)	

## Rapport clinique

Description du travailleur de la blessure / l'incident	
Réaction violente	À votre avis, l'incident décrit par le travailleur et l'employeur satisfait-il aux critères du DSM-5 pour un événement traumatique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'expression des symptômes a-t-elle été retardée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, décrivez les facteurs qui ont déclenché la réclamation actuelle.



Prénom du travailleur	Nom de famille	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB
-----------------------	----------------	---------------------------------------------

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 a 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

Comorbidités médicales	Médicaments actuels (type, dose et condition traitée)
------------------------	-------------------------------------------------------

Antécédents de problèmes psychologiques / psychiatriques (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Traumatisme ou événements stressants <input type="checkbox"/> Abus d'alcool ou d'autres drogues <input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale nécessitant un traitement <input type="checkbox"/> Médicaments psychotropes <input type="checkbox"/> Autre :	Diagnostic de problème de santé mentale préexistant? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas
	Commentaires sur les antécédents / diagnostics préexistants

Tests psychométriques (Énumérez tous les tests et leurs résultats.)

Date des tests psychométriques (aaaa-mm-jj)

Renseignements sur la validité de l'auto-déclaration des symptômes

Diagnostic préliminaire

Trouble de stress post-traumatique, 309.81     État de stress aigu, 308.3



Prénom du travailleur	Nom de famille	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB
-----------------------	----------------	---------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Trouble de l'adaptation (type et code : _____ ) <input type="checkbox"/> Trouble dépressif majeur (type et code : _____ ) <input type="checkbox"/> Trouble lié à l'utilisation de substances (type et code : _____ ) <input type="checkbox"/> Pas assez d'information pour poser un diagnostic <input type="checkbox"/> Aucun diagnostic	
Commentaires sur le diagnostic	
Commentaires sur la relation entre le diagnostic actuel et l'événement au lieu de travail	
Le diagnostic est fondé sur (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> Entrevue clinique <input type="checkbox"/> Entrevue diagnostique structurée / semi-structurée <input type="checkbox"/> Tests psychométriques <input type="checkbox"/> Examen du dossier <input type="checkbox"/> Autre : _____	Le diagnostic actuel représente : <input type="checkbox"/> Une nouvelle condition psychologique liée au travail <input type="checkbox"/> Une condition psychologique liée à un traumatisme précédent lié au travail <input type="checkbox"/> Une condition psychologique personnelle non liée au travail
Commentaires	

## Capacités fonctionnelles

<input type="checkbox"/> La condition psychologique du travailleur <b>ne limite pas</b> sa capacité de travailler (peut retourner au travail sans mesure d'adaptation). <input type="checkbox"/> La condition psychologique du travailleur <b>limite</b> 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.)	
<input type="checkbox"/> Certaines tâches Veuillez décrire.  Commentaires	
<input type="checkbox"/> Certains endroits au travail Veuillez décrire.  Commentaires	



Prénom du travailleur	Nom de famille	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB
-----------------------	----------------	---------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Certaines conditions ambiantes Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Certaines heures de travail Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Certaines populations Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Capacité de travailler de façon autonome Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Responsabilités de supervision Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Prise de décision critique Veuillez décrire.  Commentaires
<input type="checkbox"/> Travaux où il y a un risque pour la sécurité Veuillez décrire.  Commentaires



Prénom du travailleur	Nom de famille	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB
-----------------------	----------------	---------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Autre Veuillez décrire.  Commentaires
Durée prévue des mesures d'adaptation Veuillez décrire.  Commentaires

<b>Traitement recommandé (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)</b>
<input type="checkbox"/> Traitement psychologique individuel axé sur le traumatisme <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Services de consommation / d'abus de substances <input type="checkbox"/> Examen psychiatrique / Examen des médicaments psychotropes <input type="checkbox"/> Examen médical <input type="checkbox"/> Aucun traitement <input type="checkbox"/> Autre :
Durée prévue du traitement
Commentaires

Aimeriez-vous qu'un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB communique avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commentaires

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](#) de Travail sécuritaire NB ou composez le 1 800 999-9775.



Prénom du travailleur	Nom de famille	N° de réclamation de Travail sécuritaire NB
-----------------------	----------------	---------------------------------------------

**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](#).