



**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 (s'il est connu)
------------------------------	------------------------------------

**Veillez présenter un rapport dans les dix jours ouvrables qui suivront chaque bloc de huit séances sans égard au nombre de séances offertes. 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)

## Travailleur

Nom de famille du travailleur	Prénom	Initiale	Date de naissance
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"/> à temps partiel	<input type="checkbox"/> heures habituelles <input type="checkbox"/> heures modifiées	<input type="checkbox"/> tâches habituelles <input type="checkbox"/> tâches modifiées
S'il ne travaille pas, veuillez faire vos commentaires.			

## Traitement

Date de l'évaluation initiale : Nombre de séances depuis l'évaluation initiale : Nombre de rendez-vous manqués / annulés :	Fréquence des traitements <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> À toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Une fois par mois Si la fréquence des traitements est de moins d'une fois par semaine, veuillez expliquer.
<p><i>Le traitement est offert en blocs de huit semaines (maximum de huit séances sur une période de huit semaines). Veuillez présenter un rapport d'évolution à toutes les huit semaines sans égard au nombre de séances offertes et indiquer le bloc en cours (par exemple, premier, deuxième, troisième). Aucun traitement ne devrait être offert après trois blocs (24 semaines) sans l'approbation de Travail sécuritaire NB. Vous pouvez demander une prolongation du traitement au-delà de 24 semaines en recommandant des séances additionnelles et en décrivant le plan de traitement proposé à la fin de ce rapport, ou en communiquant avec le gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB.</i></p>	
No du bloc de traitement : <input type="checkbox"/> Le travailleur a terminé le bloc (maximum de huit séances sur une période de huit semaines). <input type="checkbox"/> Le travailleur n'est pas revenu / a mis fin au traitement.	

## Progrès cliniques

Symptômes actuels <input type="checkbox"/> Traumatisme <input type="checkbox"/> Colère / Irritabilité <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Usage de substances <input type="checkbox"/> Isolement / Retrait social <input type="checkbox"/> Problèmes cognitifs <input type="checkbox"/> Idées suicidaires <input type="checkbox"/> Autres :
Commentaires sur les symptômes



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

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

Médicaments actuels  
 Ne sais pas  Aucun changement depuis le dernier rapport  Changements indiqués  
 Indiquez le type, la dose et la condition traitée.

Mise à jour sur le traitement  
 Veuillez donner un bref aperçu des progrès réalisés jusqu'à maintenant.

Objectifs de traitement déjà établis

Approches quant au traitement données jusqu'à maintenant

Réaction au traitement  
 Aucune amélioration  Amélioration minime  Amélioration modeste  Amélioration importante  Entièrement rétabli  
 Veuillez décrire en détail la réaction au traitement jusqu'à maintenant, les résultats prévus, les délais et le pronostic.

Veuillez décrire la conformité du travailleur aux suggestions quant au traitement / devoirs.

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

Date des tests (aaaa-mm-jj)

Mesures (IDB, IAB, TSPT etc.)	État initial	État actuel	
			<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré
			<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré
			<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré
			<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré



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

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 diagnostic [veuillez inclure tout changement quant à l'état (par exemple, 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).

Probabilité que le travailleur retourne au travail

Travail qu'il faisait avant son accident :  Faible     Moyenne     Forte

Veuillez expliquer.

Nouveau / Autre poste :  Faible     Moyenne     Forte

Veuillez expliquer.

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



Nom de famille du travailleur	Prénom	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



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

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

Traitement recommandé (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)
<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 ou un gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB communique avec vous? <input type="checkbox"/> Conseiller en psychologie <input type="checkbox"/> 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](#) de Travail sécuritaire NB ou composez le 1 800 999-9775.



# Rapport d'évolution en psychologie

Nom de famille du travailleur	Prénom	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](#).