



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
------------------------------	-------------------

Veillez présenter ce rapport dans les dix jours qui suivront le dernier rendez-vous. 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 télécopie (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	S'il ne travaille pas, veuillez faire vos commentaires.		
Si oui, Effectue-t-il le même travail qu'il effectuait avant son accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Effectue-t-il un travail différent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez expliquer.	Type de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Tâches habituelles <input type="checkbox"/> Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Heures habituelles <input type="checkbox"/> Heures modifiées	Commentaires	
Le travailleur a-t-il atteint un plateau – plus de progrès psychologiques ou fonctionnels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le travailleur a-t-il été affecté à un autre service / établissement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Traitement

Date de l'évaluation initiale :	N° du bloc de traitement :
Nombre de séances :	<input type="checkbox"/> Le travailleur a terminé le bloc (maximum de huit séances sur une période de huit semaines).
Nombre de rendez-vous manqués / annulés :	<input type="checkbox"/> Le travailleur n'est pas revenu / a mis fin au traitement.
Objectifs de traitements établis :	Objectifs atteints? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Commentaires



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

Traitement offert (aperçu)
Approches quant au traitement données
Réaction au traitement <input type="checkbox"/> Aucune amélioration <input type="checkbox"/> Amélioration minime <input type="checkbox"/> Amélioration modeste <input type="checkbox"/> Amélioration importante <input type="checkbox"/> Entièrement rétabli
Commentaires

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
Risque de suicide <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Peu élevé <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé S'il y des inquiétudes pour ce qui est du suicide, veuillez décrire le plan de sécurité :
Obstacles actuels au traitement ou au retour au travail <input type="checkbox"/> Traits de personnalité <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil <input type="checkbox"/> Blessure / Douleur physique <input type="checkbox"/> Pas d'emploi <input type="checkbox"/> Problèmes au niveau de la réclamation <input type="checkbox"/> Manque de soutien social <input type="checkbox"/> Faible motivation à retourner au travail <input type="checkbox"/> Problèmes au niveau de la relation entre l'employeur et les travailleurs <input type="checkbox"/> Méfiance envers Travail sécuritaire NB <input type="checkbox"/> Problèmes juridiques <input type="checkbox"/> Faible motivation à obtenir des traitements psychologiques <input type="checkbox"/> Autre :
Commentaires sur les obstacles



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

Médicaments actuels

Ne sais pas
 Aucun changement depuis le dernier rapport
 Changements indiqués

Indiquez le type, la dose et la condition traitée.

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

Date des tests (aaaa-mm-jj)

Mesures (IDB, IAB, TSPT, etc.)	État initial	État au moment du congé	
			<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

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 changement quant au diagnostic (réglé, amélioré, inchangé, empiré)



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

Capacités fonctionnelles

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



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

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



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

Autre soutien

Recommandez-vous des traitements de suivi? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)

- Traitement psychologique individuel axé sur le traumatisme
- Ergothérapie
- Services de consommation / d'abus de substances
- Examen psychiatrique / Examen des médicaments psychotropes
- Examen médical
- Autre :
- Aucun traitement

Commentaires

Aimeriez-vous qu'un conseiller en psychologie ou un gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB communique avec vous?

- Conseiller en psychologie
- 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.

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 160
Case postale
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](#).