



## Résumé de dossier RÉUSSIR

Programme d'intervention précoce pour les cas de traumatismes subis au travail

### Renseignements sur le travailleur

Nom du travailleur		N° de réclamation de Travail sécuritaire NB (s'il est connu)	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
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"/> Heures habituelles <input type="checkbox"/> Tâches habituelles <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Tâches modifiées	

### Traitements

Date du début des traitements : Date de la fin des traitements :	Traitements offerts <input type="checkbox"/> En personne <input type="checkbox"/> De façon virtuelle	Nombre de traitements dispensés de 6 traitements
Motivation / Engagement pendant le traitement <input type="checkbox"/> S'est présenté à tous ses traitements <input type="checkbox"/> Est arrivé à l'heure <input type="checkbox"/> Faisait des exercices entre ses traitements <input type="checkbox"/> Divulguation appropriée de renseignements personnels <input type="checkbox"/> Ouvert à l'idée de changer ses comportements <input type="checkbox"/> Motivation faible / douteuse pour le traitement. Veuillez expliquer :		
Composantes du traitement dispensées <input type="checkbox"/> Psychoéducation <input type="checkbox"/> Retraitement du traumatisme à l'aide de la construction narrative en trois parties <input type="checkbox"/> Sécurité / Stabilisation <input type="checkbox"/> Planification du congé		

### Rapport clinique

Tests psychométriques					
		Résultat – Gravité des symptômes		Résultat – Santé fonctionnelle	
	Analyse	Avant le traitement	Au moment du congé	Avant le traitement	Au moment du congé
Anxiété (GAD-7)	<input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Inchangée <input type="checkbox"/> Empirée				
Dépression (PHQ-9)	<input type="checkbox"/> Améliorée <input type="checkbox"/> Inchangée <input type="checkbox"/> Empirée				
Traumatisme (PCL-5)	<input type="checkbox"/> Amélioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Empiré				

## Évaluation par le clinicien de la santé fonctionnelle au moment du congé

### Travail

- Facile  Assez difficile  Très difficile  Extrêmement difficile

### Activités de la vie quotidienne

- Faciles  Assez difficiles  Très difficiles  Extrêmement difficiles

### Relations interpersonnelles

- Faciles  Assez difficiles  Très difficiles  Extrêmement difficiles

### Risque actuel de suicide

- Aucun  Peu élevé  Moyen  Élevé

(Si le risque est moyen ou élevé, veuillez communiquer avec le gestionnaire de cas et adresser le travailleur, au besoin.) S'il y a des inquiétudes pour ce qui est du suicide, veuillez décrire le plan de sécurité :

### Obstacles actuels au traitement ou au retour au travail

- Problème urgent de toxicomanie  Méfiance envers Travail sécuritaire NB  
 Traits de personnalité  Faible motivation à retourner travailler  
 Problèmes de sommeil  Faible motivation à obtenir des traitements  
 Blessure / Douleur physique  psychologiques  
 Pas d'emploi  Autre :  
 Problèmes au niveau de la réclamation  
 Manque de soutien social  
 Problèmes au niveau de la relation entre l'employeur et les travailleurs  
 Problèmes juridiques

## Recommandations

- Reprise de toutes les tâches  
 Retour graduel au travail avec l'aide d'un ergothérapeute  
 Activation comportementale  
 Services de consommation de substances / de toxicomanie  
 Examen psychiatrique / Examen des médicaments psychotropes  
 Examen médical  
 Traitement psychologique individuel axé sur le traumatisme afin de répondre aux inquiétudes continues suivantes :

Autre :

## Renseignements sur le fournisseur

Nom	N° de fournisseur de Travail sécuritaire NB	Moyen de communication préféré
Adresse de courriel	N° de téléphone (y compris l'indicatif régional)	N° de télécopieur (y compris l'indicatif régional)
Signature (pas nécessaire si le rapport est transmis par le biais du portail de Mes services)		Date du rapport (aaaa-mm-jj)