

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur la personne blessée		
Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mmm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)
Le présent rapport doit être produit à la fin du 1^{er} bloc.		

B. Renseignements sur le professionnel de la santé réglementé		
<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____		
Nom	Date du rapport (jj/mmm/aaaa)	
Nom de l'établissement	Date du dernier traitement (jj/mm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue, app./bureau)	N° de fournisseur de la WSIB	
Ville	Province	Code de service MTBRMPR
Code postal	Téléphone	Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.
		Numéro d'inscription à la TVH Code de service ONHST
Montant de TVH facturé		

C. Renseignements fonctionnels				
Utilisez l' <i>Échelle fonctionnelle spécifique au patient</i> (PSFS) et consignez les notes de trois à cinq activités fonctionnelles, dont au moins deux reliées au travail. La PSFS est disponible à www.wsib.ca .				
Activité fonctionnelle	Note initiale	Note de mi-parcours	Exigences physiques/fonctionnelles pertinentes	Évaluation de la capacité actuelle par le clinicien
P. ex. : Soulever une charge à partir du sol	3/10	5/10	Soulever une boîte de 30 lb à partir du sol avec les deux mains.	Capable de soulever une charge de 25 lb d'une hauteur de 8 po jusqu'au niveau des hanches.
1.	/10	/10		
2.	/10	/10		
3.	/10	/10		
4.	/10	/10		
5.	/10	/10		
Total : Divisez le total par le nombre d'activités (minimum de trois activités)	/10	/10		

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

D. Autres interventions et orientations recommandées

1. Si vous fournissez une réadaptation vestibulaire ou que vous en recommandez une dans le cadre du 2^e bloc, veuillez fournir les constatations objectives issues de l'évaluation ainsi que la raison du traitement, et décrivez les interventions fournies et(ou) prévues :

2. Recommandez-vous des orientations additionnelles? Oui Non Si « **Oui** », veuillez préciser ci-dessous :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programme de santé mentale communautaire (psychologie) de la WSIB | <input type="checkbox"/> Autre programme spécialisé de la WSIB |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Spécialiste du retour au travail de la WSIB |
| <input type="checkbox"/> Programme de neurologie de la WSIB | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Programme d'évaluation de santé professionnelle (PÉSP) de la WSIB, Évaluation d'une lésion cérébrale traumatique légère | |

Raison de l'orientation :

Signature du professionnel de la santé réglementé dans le cadre du Programme de soins pour les lésions cérébrales traumatiques légères

Date (jj/mmm/aaaa)