

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

**Pour**      une seule zone musculo-squelettique      de multiples zones musculo-squelettiques (approbation requise)

**A. Renseignements sur la personne blessée**

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date de la lésion (jj/mm/aaaa)	Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)	
<b>Vous devez remplir ce rapport à la fin du premier bloc. Vous devez confirmer l'admissibilité de la personne blessée avant d'entamer le deuxième bloc.</b>			
Situation professionnelle actuelle :		Nombre de séances ayant eu lieu dans le cadre du premier bloc :	
<input type="checkbox"/> Personne travaillant <input type="checkbox"/> Personne interrompant le travail			

**B. Renseignements sur la personne professionnelle de la santé réglementée**

Nom		Profession		Num. de prestataire de la WSIB	
Nom de l'établissement			Téléphone		Date du rapport (jj/mm/aaaa)
Adresse (numéro, rue, bureau)					
Ville		Province	Code postal	Date de la dernière séance de traitement (jj/mm/aaaa)	

**C. Progrès à ce jour**

1. Réponse thérapeutique à ce jour :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guérison complète de la lésion professionnelle	Amélioration importante	Amélioration minimale	Aucune amélioration
			Aggravation

Fournissez des détails :

**D. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement**

1. Recommandez-vous une autre orientation en vue d'une évaluation ou d'une intervention? La WSIB contribuera à en faciliter l'accès, lorsque cela se révèle approprié pour la lésion professionnelle.

Oui (fournissez des détails ci-dessous)       Non

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	--------------------------------

**D. Recommandations en matière d'autre orientation et de rétablissement (suite)****2. Existe-t-il des facteurs pouvant retarder le rétablissement et le retour au travail de la personne blessée?**

Oui      Non

Si **Oui**, précisez ci-dessous :

Craindre ou éviter des activités

Comorbidités

Soutien limité

Croire que toute douleur est nuisible

Morosité ou retrait social

Sentiment de ne pas être prêt(e) à reprendre le travail

Tâches professionnelles « moyennes ou lourdes »

Conditions de travail et(ou) travail par quarts

Difficulté à passer des tâches modifiées aux tâches d'avant la lésion

Sentiment que les tâches actuelles ne sont pas appropriées

Autre (précisez) :

**3. Indiquez les objectifs de rétablissement et de retour au travail dans le cadre du deuxième bloc :****4. Avez-vous discuté de la question du retour au travail avec la personne blessée?**

Oui      Non

Détaillez la discussion :

Signature de la personne professionnelle de la santé réglementée	Date (jj/mmm/aaaa)
--	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.



Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	--------------------------------

Nom de famille de la personne professionnelle de la santé réglementée	Prénom de la personne professionnelle de la santé réglementée	Date de cette évaluation (jj/mm/aaaa)
---	---	---------------------------------------

**Capacités et restrictions en vue de la planification du retour au travail (suite)**

**Restrictions**

**Usage de la ou des mains :**

**Main gauche**

**Main droite**

Empoigner

Pincer

Autre (précisez) :

Fréquence :    Occasionnellement (de 1 à 33 %)    Fréquemment (de 34 à 66 %)    Constamment (de 67 à 100 %)

**Utilisation d'un engin motorisé** (p. ex., chariot élévateur) :

**Travail en hauteur :**

**Exposition à des vibrations :**

Personne globale

Main/bras

**Autres commentaires sur les capacités et restrictions :**

**Délai estimatif pour les capacités et les restrictions susmentionnées :**

**Résumez l'évolution des capacités fonctionnelles depuis l'évaluation initiale :**

Signature de la personne professionnelle de la santé réglementée

Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.