

Rapport sur l'évolution/ la fin de la prise en charge du patient en physiothérapie

Rapport d'évolution

Formulaire de fin de la prise en charge du patient

Numéro de réclamation

PPDA

Coordonnées du travailleur

Nom de famille		Prénom		
Adresse		Ville	Province	Code postal
Date de l'incident JJ/MM/AAAA	Date de naissance JJ/MM/AAAA	Titre du poste		Date de l'examen/du traitement JJ/MM/AAAA

Détails de la blessure

Partie du corps touchée par la blessure	Demande de discussion avec les consultants en physiothérapie pour la WCB? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des changements au diagnostic? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez le nouveau diagnostic.	

Résultats de l'examen et diagnostic

Plaines subjectives actuelles		
Outil d'autoévaluation (cochez les outils utilisés – minimum de 2) Pointage : <input type="checkbox"/> Échelle numérique de notation de la douleur (NPRS) _____ <input type="checkbox"/> Questionnaire Roland-Morris sur la douleur lombaire (dos) _____ <input type="checkbox"/> Index d'incapacité cervicale (cou) _____		Pointage : <input type="checkbox"/> Profil de l'activité des membres inférieurs (LEFS) _____ <input type="checkbox"/> Questionnaire sur les incapacités du bras, de l'épaule et de la main (DASH) _____ <input type="checkbox"/> État de santé et incapacité _____
Résultats objectifs actuels – Handicaps		
Fin de la prise en charge du patient – État à la fin de la prise en charge : – Raison de la fin de la prise en charge :		
La guérison est-elle satisfaisante? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, y a-t-il des complications ou d'autres facteurs qui freinent le progrès?		
A-t-on discuté des résultats et des recommandations avec le travailleur? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Un programme à domicile a-t-il été fourni? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser :

Capacités au travail

Le travailleur sera-t-il dans l'incapacité de travailler au-delà de la date de l'incident en raison de la blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	À quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date JJ/MM/AAAA Inconnu au moment de l'examen
Le travailleur peut-il assumer des tâches autres ou modifiées? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez les restrictions :	
Durée des restrictions : semaines	

Coordonnées du thérapeute

Nom du thérapeute		Numéro de téléphone	Télécopieur
Nom de l'établissement		Courriel	Date JJ/MM/AAAA
Ville	Province	Code postal	Signature du thérapeute

Envoyez ce formulaire par télécopieur – à Winnipeg : 204-954-4999 | sans frais : 1-877-872-3804