

Rapport initial – Gestion des opioïdes

Numéro de réclamation

OMIR

Coordonnées du travailleur

Nom de famille		Prénom	Adresse	
Ville	Province	Code postal	Date de naissance	Numéro d'identification personnel

Résultats de l'examen et diagnostic

Symptômes et résultats de l'examen :	Date de l'examen : jj/mm/aaaa
Quel est le diagnostic qui explique la douleur de votre patient?	

Échelle de la douleur

Prière d'indiquer le niveau moyen de douleur signalé par le patient au cours de la dernière semaine :												
Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La douleur est à son maximum.

Activités de vie quotidienne

Prière d'indiquer le niveau de fonctionnement et de capacité signalé par le patient :	Prière de cocher une case pour chacun des éléments ci-dessous :												
1. Fonctionnement à domicile	Faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Normal
2. Fonctionnement au travail	Faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Normal
3. Capacité à marcher	Faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Normale
4. Capacité à dormir	Faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Normale
5. Fonctionnement général	Faible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Normal

Évaluation des risques liés aux opioïdes

Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes – Évaluation complétée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Score à l'outil :	(Prière de ne pas envoyer le questionnaire de l'outil d'évaluation rempli.)
--	-------------------	---

Entente de traitement aux opioïdes

Entente de traitement aux opioïdes remplie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(Prière de joindre une copie de l'entente de traitement aux opioïdes signée à ce formulaire lors de l'envoi à la WCB.)
--	---	--

Médicaments actuels et posologie (y compris les nouvelles ordonnances)

Nom du médicament	Concentration (mg)	Fréquence	Durée

Capacités au travail

Le travailleur sera-t-il dans l'incapacité de retourner au travail au-delà de la date de la blessure? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? O/N Inconnu au moment de l'examen <input type="checkbox"/>	Date de retour jj/mm/aaaa
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)

Plan de traitement (y compris des examens plus poussés et d'autres consultations)

	Date de la prochaine visite : jj/mm/aaaa
--	---

Information sur le médecin

Nom de la clinique		Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)		Date d'aujourd'hui jj/mm/aaaa
Adresse		Signature du médecin		
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Télécopieur

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