

Rapport sur l'évolution – Gestion des opioïdes

Numéro de réclamation

OMPR

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

Effets secondaires du traitement aux opioïdes

Nausée	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Humeur dépressive	Aucune	Légère	Modérée	Grave
Constipation	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Déficits cognitifs	Aucuns	Légers	Modérés	Graves
Transpiration	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Fatigue/somnolence	Aucune	Légère	Modérée	Grave
Sécheresse de la bouche	Aucune	Légère	Modérée	Grave	Ensemble des effets secondaires	Aucun	Légers	Modérés	Graves

Facteurs négatifs liés aux opioïdes

Modification de la voie d'administration		Usage non approuvé d'opioïdes		Symptômes de sevrage	
Accès aux opioïdes d'autres sources		À la recherche d'opioïdes		Détérioration sociale	

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? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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