

Demande de traitement additionnel – Physiothérapeute

Numéro de réclamation

Coordonnées du travailleur

Nom de famille		Prénom	
Adresse			Ville
Province	Code postal	Numéro de téléphone	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Titre du poste		Nom du médecin traitant/orienteur	

Détails de la blessure

Date de l'incident	Partie du corps touchée par la blessure	Demande de discussion avec les consultants en physiothérapie pour la WCB? ☐ Oui ☐ Non
Date de l'évaluation	Description de l'incident ou de la blessure par le travailleur	

Résultats de l'examen et diagnostic

Plaintes subjectives actuelles																																																																																																	
Outil d'autoévaluation (cochez les outils utilisés – minimum de 2) ☐ Échelle numérique de notation de la douleur (NPRS) ☐ Questionnaire Roland-Morris sur la douleur lombaire (dos) ☐ Index d'incapacité cervicale (cou)	Pointage _____ _____ _____																																																																																																
☐ Profil de l'activité des membres inférieurs (LEFS) ☐ Questionnaire sur les incapacités du bras, de l'épaule et de la main (DASH) ☐ État de santé et incapacité	Pointage _____ _____ _____																																																																																																
Résultats objectifs actuels (p. ex., force, mobilité, neurologique, etc.)																																																																																																	
Diagnostic du thérapeute à la fin de l'évaluation : _____																																																																																																	
Changement comparativement au rapport initial : ☐ Oui ☐ Non																																																																																																	
La guérison est-elle satisfaisante? ☐ Oui ☐ Non Si non, y a-t-il des complications ou d'autres facteurs qui freinent le progrès? _____																																																																																																	
Dates de traitement (inscrire un X pour les dates de rendez-vous) : Mois _____																																																																																																	
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																		
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																		
_____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																		
Indiquez les dates d'absence ou d'annulation : _____																																																																																																	
Plan de traitement : Traitement prévu : ____/semaine x ____ semaines	Raison de la demande de traitement additionnel : _____																																																																																																

Capacités au travail

Le travailleur est-il incapable de travailler en raison de la blessure? ☐ Oui ☐ Non	À quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date ☐ Inconnu au moment de l'examen
Le travailleur peut-il assumer des tâches autres ou modifiées? ☐ Oui ☐ Non 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
Ville	Province	Code postal	Signature du thérapeute	

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