

Numéro de réclamation

PRI

Coordonnées du travailleur

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

Détails de la blessure

Date de l'incident (jj/mm/aaaa)	Partie du corps touchée par la blessure	Demande de discussion avec les consultants en physiothérapie pour la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de l'évaluation initiale (jj/mm/aaaa)	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) <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	Pointage _____ _____ _____
Résultats objectifs actuels – handicaps de mobilité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez				
Force <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> /5 Si oui, précisez les groupes musculaires impliqués.				
Autre (ligamentaire, stabilité, œdème, démarche, neurologique, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez.				
Diagnostic du thérapeute à la fin des évaluations				
Demande multisite x _____ visites (si approuvé, exige la planification du double de la période de traitement attribuée normalement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Traitement anticipé : _____/semaine x _____ semaines		A-t-on discuté des résultats et des recommandations avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Un programme à domicile a-t-il été fourni? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date (jj/mm/aaaa) <input type="checkbox"/> Inconnu au moment de l'examen
Le travailleur peut-il assumer des tâches autres ou modifiées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 (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