

3) Facteurs qui compliquent la situation

Veuillez indiquer tout facteur récurrent susceptible de contribuer au(x) problème(s) clinique(s) et de se répercuter sur la convalescence du patient. OU **Aucun nouveau facteur depuis le dernier rapport**

Facteurs qui compliquent la situation :

- Difficultés au travail Difficultés sociales/familiales Difficultés d'ordre financier/juridique
 Condition physique Alcoolisme/Toxicomanie Effets secondaires d'un ou de médicaments
 Perception de la douleur Difficultés d'adaptation Personnalité/Manque de motivation Autres

Veuillez préciser :

Veuillez décrire le soutien en place ou prévu pour aider le patient face à ces difficultés :

4) Restrictions et limitations

Veuillez énumérer les restrictions et limitations actuelles du patient :

Degré de gravité :	Léger	Moyen	Sévère	Sans objet
Déficiência physique				
Trouble psychologique				

Depuis votre dernier rapport, la déficiencia/le trouble : a diminué a augmenté n'a pas changé

5) Examens

Date de votre dernière consultation avec le patient (jj/mm/aaaa) _____

Date prévue de votre prochaine consultation (jj/mm/aaaa) _____

Veuillez joindre à la présente tous les résultats de tests, rapports d'examens ou rapports de consultation nouveaux et pertinents. **Si aucun résultat de test n'est fourni, nous présumerons qu'aucun nouveau test n'a été effectué depuis votre dernier rapport. Ne pas fournir de résultats de tests génétiques.**

Avez-vous aiguillé le patient vers des tests, examens ou consultations à venir? Oui Non

Aiguillé vers : Spécialité, type d'examen ou de test Date du rendez-vous (jj/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

3. _____

Motif de l'aiguillage :

6) Médicaments pris actuellement (veuillez continuer la liste sur une feuille distincte si vous manquez d'espace) **Aucun changement depuis le dernier rapport**

Nom du médicament	Posologie initiale et date de la première prise (jj/mm/aaaa)	Posologie actuelle et date du changement, le cas échéant (jj/mm/aaaa)

7) HospitalisationLe patient a-t-il été hospitalisé depuis votre dernier rapport? Oui Non

Motif de l'hospitalisation : _____

Date d'admission (jj/mm/aaaa)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)	Nom de l'établissement
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Une hospitalisation est-elle prévue? Oui NonDans l'affirmative, précisez la date
(jj/mm/aaaa)

Description de l'intervention chirurgicale ou de la nature de l'hospitalisation :

1. _____

2. _____

8) Précisions sur le traitement actuel

Type de thérapie	Nom du fournisseur ou de l'établissement	Date du début du traitement (jj/mm/aaaa)	Fréquence des consultations	Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa)
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre	
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre	
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre	
			<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre	

9) Réponse globale au traitement

Comment le patient répond-il au traitement jusqu'à présent? Réponse complète Réponse partielle Aucune réponse
 Trop tôt pour se prononcer

Le patient suit-il le programme de traitement recommandé? Oui Non

Dans la négative, expliquez : _____

Prévoit-on modifier ou intensifier le programme de traitement actuel? Oui Non Trop tôt pour se prononcer
Veuillez expliquer : _____

10) Pronostic et rétablissement

Avez-vous discuté des objectifs de retour au travail avec le patient? Oui Non

Veuillez expliquer le plan de retour au travail :

Veuillez indiquer le pronostic quant à l'amélioration de l'état du patient :

Veuillez fournir tout autre renseignement qui nous aidera à comprendre l'état de santé actuel du patient, les objectifs de rétablissement et le pronostic :

Avis au fournisseur de renseignements sur la santé :

Les renseignements figurant dans le présent formulaire seront versés à un dossier d'assurance vie, maladie ou invalidité de l'assuré ou de l'administrateur du régime auquel pourraient avoir accès le patient ou des tiers qui en ont reçu la permission ou qui y sont autorisés par la loi.

Nom du médecin traitant (ou de l'infirmier praticien s'il y a lieu)

Spécialité

Adresse

Téléphone (avec indicatif régional)

Adresse courriel

Télécopieur (avec indicatif régional)

Signature ou tampon

Date de signature (jj/mm/aaaa)