

1 Date de la demande du rapport N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Code postal	
2 Diagnostic		N° d'assurance maladie	
Gaucher <input type="checkbox"/>		Sexe	
Droitier <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

Professionnel de la santé		
Professionnel de la santé qui a charge du travailleur		N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		Date de la prescription <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
		Téléphone

Renseignements sur le fournisseur			
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur
Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport			N° de membre

3 Données subjectives (perceptions du travailleur)
Intensité de la douleur ressentie : au repos _____ /10 en mouvement _____ /10 à la palpation _____ /10 Positions ou mouvements affectés :
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O Si oui, décrire.
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O Si oui, décrire.
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %
Autres données

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td colspan="2">_____ kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td colspan="2">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td colspan="2">_____ kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td colspan="2">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																																	
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?																																																																																																																																	

Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (suite)

Décrire l'évolution des **obstacles** au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

Décrire l'évolution des **leviers** pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? Oui Non

Si **oui**, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements?

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Quelles sont les difficultés résiduelles? S/O

Si **non**, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?

Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :

Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

1 Date de la demande du rapport N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Date de l'événement d'origine <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Code postal	Date de récurrence, rechute ou aggravation <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
2 Diagnostic		Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N° d'assurance maladie <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

Professionnel de la santé		
Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis	Date de la prescription <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		Téléphone

Renseignements sur le fournisseur			
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur
Nom du membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec qui a rempli le rapport			N° de membre

3 Données subjectives (perceptions du travailleur)
Intensité de la douleur ressentie : au repos _____/10 en mouvement _____/10 à la palpation _____/10 Positions ou mouvements affectés :
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O Si oui, décrire.
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O Si oui, décrire.
Perception du travailleur sur la reprise de son travail professionnel :
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %
Autres données

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel
Date de l'examen <input type="text" value="A"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/>
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute. Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text" value="A"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/>																																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg	<input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg	<input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																																												
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																																	
Participation du travailleur au cours de l'évaluation (collaboration, intérêt, effort, assiduité). Précisez :																																																																																																																																	
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des obstacles au retour au travail, s'il y a lieu.																																																																																																																																	

Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute (suite)

Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des leviers pour le retour au travail, s'il y a lieu.

Opinion de l'ergothérapeute sur le retour au travail et sur la réalisation des activités quotidiennes. Précisez :

Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? Oui Non
Si oui, précisez. Si non, pourquoi?

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? Oui Non

Si oui, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements?

Quelles sont les difficultés résiduelles? S/O

Si non, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?

Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :

Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'OEQ qui a rempli le rapport

Date