

Le travailleur nommé ci-dessous doit subir une évaluation médicale multidisciplinaire. Cette évaluation permettra de préciser le diagnostic et le pronostic, de déterminer si son état s'est stabilisé et d'élaborer des recommandations pour son traitement futur. Les restrictions médicales liées au retour au travail et leur durée seront indiquées.

Dossier n°

Tapez ou écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

Renseignements sur le travailleur					
Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse		Ville	Prov.	Code postal	Téléphone
Date de naissance (jj/mm/aa)	Date de la lésion (jj/mm/aa)	Récidive <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Si oui , à quelle date? (jj/mm/aa)	
Interprète requis <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		Si oui , précisez la langue.			
Titre du poste					

Renseignements sur le centre d'évaluation régional (CÉR)	
Type d'évaluation médicale multidisciplinaire (choisissez-en un)	<input type="checkbox"/> Niveau A <input type="checkbox"/> Niveau B <input type="checkbox"/> Niveau C
Nom du CÉR	Date de l'orientation (jj/mm/aa)

Renseignements cliniques et de travail	
Région(s) à évaluer	Diagnostic(s) évoqué(s)
Description de la lésion	
Situation professionnelle au moment de l'orientation <input type="checkbox"/> Temps plein OU <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Tâches régulières OU <input type="checkbox"/> Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Heures régulières OU <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Ne travaille pas	

Traitement reçu jusqu'à maintenant	
Rapports joints <input type="checkbox"/> Chiropractie <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Programme de soins <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie (précisez la date - jj/mm/aa) : _____	
Médicaments prescrits	

Investigations Rapports joints <input type="checkbox"/> Radiographies <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Tomodensitogramme <input type="checkbox"/> Autre _____
--

Autres commentaires ou questions pour l'équipe d' **évaluation médicale multidisciplinaire**

Principal professionnel de la santé traitant					
Nom		Adresse			
Ville	Prov.	Code postal	Téléphone	Télécopieur	

Coordonnées concernant l'orientation par la CSPAAT	
Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature
Date (jj/mm/aa)	Téléphone