



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

Le présent formulaire est un rapport administratif demandé par la Société de l'assurance automobile du Québec. Les informations qui y figurent constituent l'opinion professionnelle de son signataire. Cette opinion est basée sur les renseignements objectifs jugés pertinents et est fournie dans le cadre de la demande de réadaptation de la personne accidentée mentionnée ci-dessous. De plus, les interventions et recommandations doivent être reliées aux exigences de l'emploi indiqué dans le formulaire de **demande de service**.

Pour s'assurer de la pertinence des informations pour la Société et pour la personne accidentée, **vous devez remplir et transmettre le formulaire à la Société à la fin du programme**. Vous devez répondre à toutes les questions du rapport.

### Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom		Prénom
Date de l'accident (Année-Mois-Jour)		Numéro de réclamation

### Section 2 – Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique		Numéro du fournisseur	
Adresse	Numéro	Rue	
	Ville, village ou municipalité	Province	Code postal

### Section 3 – Mandat et objectif

Durée	<b>Du</b>	Année	Mois	Jour	<b>Au</b>	Année	Mois	Jour	Fréquence des interventions
									<input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps progressif
Objectif global									

### Section 4 – Bilan des capacités par rapport aux exigences de l'EMPLOI

Objectifs spécifiques (Si l'objectif est non ou partiellement atteint, précisez la raison à la section 10.2.)	Atteinte de l'objectif		
	Oui	Partielle	Non
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Section 5 – Données finales

Principaux symptômes rapportés et perception des capacités fonctionnelles actuelles (physique/affectif/cognitif)  Aucun



Examen objectif ►  Dans les limites de la normale  Anormal (JOINDRE LES LIMITATIONS OBJECTIVÉES EN ANNEXE. (ex.: mobilité, endurance musculaire, force musculaire, tolérance posturale))

Capacités/limitations fonctionnelles  Aucune limitation

## Section 6 – Synthèse des interventions

### Section 7 – Modalités de retour au travail (Joindre le plan de retour au travail complet (progression des heures et des tâches), le cas échéant.)

Pendant le programme  Après le programme

Aucune ► Justifiez/précisez \_\_\_\_\_

Emplois: \_\_\_\_\_

Stage  Retour progressif payé par l'employeur ► Durée: \_\_\_\_\_ semaines  Progression des heures  Progression des tâches

Date de début (si connue)

(Année-Mois-Jour)

## Section 8 – Participation de la personne à l'intervention

Suffisante  Insuffisante (ex.: absences répétées, non-application des recommandations, effort fourni sous-optimal, concordance/inconsistance des capacités démontrées, etc.)

Précisez: \_\_\_\_\_



## Section 10 – Autres recommandations

## 10.1 Recommandations suivant le programme de réadaptation :

- Oui** ▶ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Non** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 10.2 Autres observations/commentaires en lien avec la reprise du travail, des études ou des activités courantes, s'il y a lieu :

### **Annexes à joindre à ce rapport :**

- Formulaire de demande de service dûment signé par la personne accidentée;
  - Limitations anormales objectivées (ex.: mobilité, endurance musculaire, force musculaire, tolérance posturale);
  - Plan de retour au travail complet (progression des heures et des tâches, le cas échéant).

## Signature des intervenants

Signature du physiothérapeute	Nom en caractères d'imprimerie	<b>Date de production de ce rapport</b>
Signature de l'ergothérapeute	Nom en caractères d'imprimerie	
Signature du kinésiologue	Nom en caractères d'imprimerie	

**TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :** Service en ligne Envoi de documents et Remboursement de frais pour les intervenants externes [saag.gouv.qc.ca/documentsintervenants](http://saag.gouv.qc.ca/documentsintervenants)

Télécopieur: 1 866 289-7952

**Poste:** Société de l'assurance automobile du Québec

Société de l'assurance automobile du Québec  
Case postale 2500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 8A2

Case postale 2500, succursale terminus, Québec (Québec) G1R 6A2

**Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.**