



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	Téléphone

Section 3 – Mandat et objectif

Durée	Du	Année	Mois	Jour	Au	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

 Signature de l'ergothérapeute

 Nom en caractères d'imprimerie

 Signature du kinésiologue

 Nom en caractères d'imprimerie

Date de production de ce rapport

 (Année-Mois-Jour)

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT : Service en ligne Envoi de documents et Remboursement de frais pour les intervenants externes saaq.gouv.qc.ca/documents/intervenants
 Télécopieur : 1 866 289-7952
 Poste : Société de l'assurance automobile du Québec
 Case postale 2500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 8A2
Conservez l'original ou une copie pour vos dossiers.