

Rapport d'ergothérapie



Cochez le service pour lequel vous avez rempli ce rapport :

- Évaluation/activation
- Récupération fonctionnelle et retour aux activités
- Intervention additionnelle

Numéro de réclamation

► Pour prendre connaissance de l'ensemble des éléments liés à la prestation des services, consultez l'[extranet Santé](#) de la Société.

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom			Prénom		
Adresse	Numéro	Rue			Ville, village ou municipalité
Province	Code postal	Date de naissance	Année	Mois	Jour
Blessures reliées à l'accident			Cible		
			<input type="checkbox"/> Retour à l'emploi	<input type="checkbox"/> Réel : _____	
			<input type="checkbox"/> Retour aux études	<input type="checkbox"/> Déterminé : _____	
			<input type="checkbox"/> Retour aux activités courantes		
Y a-t-il des restrictions fonctionnelles indiquées par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) (ce que la personne doit éviter de faire afin de prévenir une aggravation)?					
<input type="checkbox"/> Oui ► Précisez : _____ <input type="checkbox"/> Non _____					

Section 2 – Résumé de l'examen subjectif

Principaux symptômes rapportés et perception des capacités fonctionnelles actuelles :

Section 3 – Bilan physique (données objectives)

Dominance : Droite Gauche

Pour les rapports des services « récupération fonctionnelle et retour aux activités » et « intervention additionnelle », utilisez le même instrument ou la même méthode de mesure qu'à l'évaluation initiale. Les mesures doivent correspondre à la condition actuelle (degrés, centimètres, CROM, goniomètre, etc.). Indiquez la normale pour cette personne (normes ou membre controlatéral).

Note : Les mesures doivent correspondre à la condition actuelle

Mobilité articulaire : <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Incomplète	Force musculaire : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Sous-optimale
► Précisez :	► Précisez :
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Y a-t-il d'autres atteintes ou limitations, s'il y a lieu (sensibilité, équilibre, etc.)? Oui Non

► Précisez :



Section 4 – Bilan des capacités fonctionnelles (données objectives)

Réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités de la vie domestique (AVD) : Autonome A besoin d'aide

- Précisez le niveau d'autonomie objectivé par des observations pour les différentes activités : seul, seul avec difficulté, avec aide technique, avec aide physique ou verbale, dépendant.
-
-
-

Capacités physiques, cognitives ou psychiques à exercer l'emploi réel ou déterminé ou à réaliser les activités courantes

(Décrivez uniquement les capacités en lien avec les exigences de l'emploi et des activités courantes.)

- Absence de limitations fonctionnelles en fonction des exigences de l'emploi réel ou déterminé et des activités courantes
 Présence de limitations fonctionnelles interférant avec la réalisation des activités courantes : AVQ AVD Conduite automobile
 Présence de limitations fonctionnelles qui ne sont pas compatibles avec les exigences de l'emploi réel ou déterminé
- Bilan rempli en possession de la description d'emploi : Oui Non

Les capacités et l'état fonctionnel ont-ils atteint le niveau pré-accidentel? Oui (passez à la section 5) Non (remplissez la section 4)

Décrivez les limitations fonctionnelles influençant la performance aux activités : travail, études et activités courantes, c'est-à-dire ce que la personne **n'est pas capable** de faire.

Décrivez le fonctionnement objectivé par mise en situation, dans le respect des restrictions fonctionnelles indiquées par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) s'il y a lieu.

Ex. : Transport de charge (distance, poids, etc.), tolérance à la position assise/debout ou à la marche (minutes), capacité à faire des tâches simples et répétitives vs complexes, capacité à s'adapter à des situations nouvelles.

Est-ce qu'une évaluation en milieu de travail a eu lieu?

- Oui ► Date (Année-Mois-Jour) _____
 Non

► Précisez :

Implication de la personne accidentée

Décrivez la participation de la personne accidentée (collaboration, etc.) :

► Précisez :

Y a-t-il présence d'inconsistance ou de non-concordance entre les différentes données subjectives, les données objectives et l'ensemble des observations?

- Oui Non
 ► Précisez :
-
-
-



Section 5 – Analyse et opinion

Évolution : Gains fonctionnels Détérioration Pas de changement

Précisez les gains fonctionnels significatifs réalisés durant les services « récupération fonctionnelle et retour aux activités » et « intervention additionnelle » (comparez avec l'évaluation précédente).

Indiquez les facteurs favorables et défavorables, les leviers et les barrières pouvant influencer la récupération ou le retour aux activités.
(Ex. : croyances, perception, kinésiophobie, nature de l'emploi, antécédents limitants pertinents, facteurs personnels, éléments dans l'environnement, etc.)

Autres éléments d'analyse jugés pertinents :

Section 6 – Recommandations/plan d'intervention

Des gains fonctionnels sont-ils encore probables par rapport à la cible? Oui Non

- Si oui, précisez les objectifs fonctionnels, mesurables, réalistes et réalisables en lien avec les limitations et les incapacités (en termes de gains fonctionnels visés).

Recommandations (dans tous les cas)

Des interventions en ergothérapie sont-elles recommandées?

- Oui ► Récupération fonctionnelle et retour aux activités
 - Emploi déterminé/études/activités courantes (10-13 heures)
 - Emploi réel (15-20 heures)
- Intervention additionnelle (15-20 heures) – **emploi réel seulement**
- Intégration/maintien supervisé à l'emploi (5-7 heures) – **emploi réel seulement**

Non ► Motifs : _____



Section 6 – Recommandations/plan d'intervention (suite)

Y a-t-il d'autres types d'intervention recommandés (investigation médicale, autres services professionnels, services interdisciplinaires de deuxième ligne, etc.)?

Oui ► Précisez ci-dessous Non

Une réintégration au travail est-elle recommandée?

Oui ► Précisez : Retour au travail ou aux études à temps complet. Indiquez la date (Année-Mois-Jour) : _____
 Non Retour au travail à temps partiel, progressif, tâches modifiées. Décrivez le plan de retour au travail : (horaire, progression des tâches et des heures, etc.)

Est-ce qu'une visite en milieu de travail est prévue?

Oui ► Objectif de la visite Évaluation Intervention ► Date (Année-Mois-Jour) : _____

Non ► Motifs : _____
► Précisez : _____

Autres recommandations :

Section 7 – Signature

Nom et prénom de l'ergothérapeute			Numéro de permis de l'OEQ	Nom de la clinique	
Adresse de la clinique	Numéro	Rue			Ville, village ou municipalité
Province		Code postal	Téléphone	Poste	Télécopieur
Signature			Date (Année-Mois-Jour)	Période d'évaluation du (Année-Mois-Jour)	Au (Année-Mois-Jour)

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphenez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT:

Service en ligne Envoi de documents : saq.gouv.qc.ca

Télécopieur : 1 866 381-9599

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.