



Avec vous,  
au cœur de votre sécurité

**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			Date de l'accident			Année			Mois			Jour			
Blessures reliées à l'accident															Cible														
															<input type="checkbox"/> Retour à l'emploi <input type="checkbox"/> Réel : _____ <input type="checkbox"/> Déterminé : _____														
															<input type="checkbox"/> Retour aux études														
															<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 <b>éviter</b> 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 : ☐ Complète ☐ Incomplète

► Précisez :

Force musculaire : ☐ Normale ☐ Sous-optimale

► 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 :

Évolution : ☐ Gains fonctionnels ☐ Détérioration ☐ Pas de changement

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

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 ► Date (Année-Mois-Jour) : \_\_\_\_\_  
☐ Intervention

☐ Non ► Motifs : \_\_\_\_\_

► Précisez : \_\_\_\_\_

Autres recommandations : \_\_\_\_\_

## Section 7 – Signature

Nom et prénom de l'ergothérapeute			Numéro de permis de l'OEQ		Nom de la clinique	
<b>Adresse de la clinique</b>		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](http://saaq.gouv.qc.ca/confidentialite) ou téléphonez au Centre de relations avec la clientèle de la Société.

### TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT :

**Service en ligne** Envoi de documents : [saaq.gouv.qc.ca](http://saaq.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.**