



Avec vous,
au coeur de votre sécurité

Numéro de réclamation

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, basée sur les renseignements objectifs jugés pertinents et fournie dans le cadre de la demande de réadaptation de la personne accidentée mentionnée ci-dessous.

Pour s'assurer de la pertinence des informations pour la Société et de celle de la continuité des traitements pour la personne accidentée, **vous devez remplir et transmettre le formulaire à la Société à la fin du bloc d'heures autorisées**. Vous devez obligatoirement répondre à toutes les questions du rapport.

Un rapport imprécis ou incomplet pourra retarder la décision de la Société et entraîner un appel téléphonique au signataire pour qu'elle obtienne des précisions ou des informations supplémentaires.

Section 1 – Renseignements sur la personne accidentée

Nom	Prénom	Date de naissance (A-M-J)	Date de l'accident (A-M-J)
Adresse	Numéro	Rue	Appartement
	Ville, village ou municipalité		

Section 2 – Rappel du mandat

Envoyée par	Date de la référence (A-M-J)
Motif de la référence	
Mandat octroyé par la Société	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Section 3 - Synthèse de l'évolution

3.1 Bilan des capacités et des difficultés adaptatives :

3.2 Évolution d'ensemble

- Progrès significatif Détérioration Pas de changement notable



Section 3 - Synthèse de l'évolution (suite)

- 3.3 Résumé de l'évolution des symptômes et de leurs impacts sur le niveau fonctionnel de la personne dans ses activités courantes (vie quotidienne, familiale et sociale) et sur son fonctionnement professionnel (travail ou études) :**

Section 4 - Suivi du plan d'intervention et des objectifs

4.1 Période couverte par le rapport :	Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour
--	-----------	-------	------	------	-----------	-------	------	------

Nombre d'heures réalisées pendant la période couverte : _____ ► Fréquence : _____

Nombre d'heures réalisées cumulatives : _____

Objectif : _____

Interventions ou stratégies utilisées : _____

Atteinte de l'objectif ► Oui Non Partiellement

Précisez : _____

Objectif : _____

Interventions ou stratégies utilisées : _____

Atteinte de l'objectif ► Oui Non Partiellement

Précisez : _____

Objectif : _____

Interventions ou stratégies utilisées : _____

Atteinte de l'objectif ► Oui Non Partiellement

Précisez : _____

Objectif : _____

Interventions ou stratégies utilisées : _____

Atteinte de l'objectif ► Oui Non Partiellement

Précisez : _____



Section 4 - Suivi du plan d'intervention et des objectifs (suite)

4.2 Perception de la personne quant à son progrès en fonction des objectifs visés :

4.3 Participation de la personne à l'intervention (collaboration, intérêt, effort, assiduité) :

- Suffisante Insuffisante (ex. : absences répétées, application des recommandations, etc.)

Précisez :

Section 5 - Recommendations

5.1 Motifs de la cessation des interventions en psychoéducation :



Section 5 - Recommandations (suite)

5.2 Autres types d'interventions (investigations médicales, autres services professionnels, etc.) :

- Oui** ► Si oui, précisez : _____
 Non

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

Section 6 – Signature

Nom du psychoéducateur (en caractères d'imprimerie)		Numéro de permis d'exercice
Nom de la clinique		Téléphone
Adresse	Numéro	Rue
		Appartement
	Ville, village ou municipalité	Code postal
Signature		
		Date (Année-Mois-Jour)

TROIS FAÇONS DE TRANSMETTRE UN DOCUMENT: Service en ligne Envoi de documents: saaq.gouv.qc.ca

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

Le formulaire est disponible sur le site Web de la Société à saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante.

Société de l'assurance automobile du Québec

4094 30 (2019-02)

NP