



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	Code postal
	Ville, village ou municipalité		

Section 2 – 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 - Évaluation

Date de prise en charge par le psychoéducateur (Année-Mois-Jour) :

3.1 Bilan des capacités et des difficultés adaptatives :

**Section 3 - Évaluation (suite)**

- 3.2 Facteurs favorables et défavorables, les leviers et les obstacles pouvant contribuer à la condition actuelle de la personne accidentée (incluant la présence d'antécédents limitants pertinents, de facteurs personnels ou d'éléments dans l'environnement) :**

- 3.3 Répercussions des symptômes sur le niveau fonctionnel de la personne dans ses activités courantes (vie quotidienne, familiale et sociale) :**

- 3.4 Répercussions des symptômes sur le fonctionnement professionnel de la personne (travail ou études) :**

Section 4 - Plan d'intervention et objectifs

Objectif : _____

Objectif : _____

Objectif : _____

Objectif : _____

- 4.1 Informations additionnelles pertinentes :**

NP



Section 5 - Recommandations

5.1 Interventions en psychoéducation :

Oui ► Nombre, fréquence et interventions supplémentaires proposées en lien avec chacun des objectifs, s'il y a lieu :

Non ► Indiquez les motifs :

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

Oui ► Si oui, précisez :

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.