



Avec vous,  
au cœur 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.

Suivi d'évolution ► ☐ Numéro 1 ☐ Numéro 2 ☐ Autres : \_\_\_\_\_

### 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			Code postal

### Section 2 – Rappel du mandat

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

### Section 3 - Évolution

3.1 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 depuis le début de la prise en charge par le psychoéducateur : _____								
3.2 Bilan des capacités et des difficultés adaptatives :								
3.3 Évolution d'ensemble								
<input type="checkbox"/> Progrès significatif <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/> Pas de changement notable								

**Section 3 - Évolution (suite)****3.4 Évolution des symptômes et de leurs impacts sur le niveau fonctionnel de la personne dans ses activités courantes (vie quotidienne, familiale et sociale) en date du présent rapport :**☐ Absence d'impacts en date du présent rapport

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.5 Évolution des symptômes et de leurs impacts sur le fonctionnement professionnel de la personne (travail ou études) en date du présent rapport :**☐ Absence d'impacts en date du présent rapport

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3.6 S'il y a lieu, résumez les 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) et l'évolution de l'impact de ces facteurs.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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 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](http://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](http://saaq.gouv.qc.ca/extranet-sante).