

1 Date de la demande du rapport N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Date de l'événement d'origine <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Code postal	Date de récurrence, rechute ou aggravation <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
2 Diagnostic	Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N° d'assurance maladie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Professionnel de la santé		
Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis	Date de la prescription <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		Téléphone

Renseignements sur le fournisseur			
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur
Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport			N° de membre

3 Données subjectives (perceptions du travailleur)
Intensité de la douleur ressentie : au repos _____ /10 en mouvement _____ /10 à la palpation _____ /10 Positions ou mouvements affectés :
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Si oui, décrire.
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %
Autres données

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.
Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Date de l'examen <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>																																																																																																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Minutes</th> <th style="text-align: center;">Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S. O.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S. O.																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																	
<p>Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez. Si non, pourquoi?</p>																																																																																																																	

Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (suite)

Décrire l'évolution des **obstacles** au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

Décrire l'évolution des **leviers** pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? Oui Non

Si **oui**, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements?

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Quelles sont les difficultés résiduelles? S. O.

Si **non**, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?

Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :

Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Notes explicatives

Le rapport doit être transmis directement à la CNESST par le fournisseur en utilisant ce gabarit. Une copie de chaque rapport doit aussi être transmise au professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

Lorsque le travailleur est suivi exclusivement par un technologue en physiothérapie, un rapport doit être transmis à la CNESST par un physiothérapeute ou le professionnel de la santé qui a charge après les 25 premiers traitements et pour chaque tranche additionnelle de 12 traitements.

Le rapport fait office de facture.

Aucune somme ne peut être réclamée au travailleur par le fournisseur (*Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, article 194).

Lorsque le membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec juge que l'état du travailleur a atteint un plateau de récupération fonctionnelle, il doit suspendre les traitements et diriger le travailleur vers le professionnel de la santé qui a charge de celui-ci.

- ① Date à laquelle la CNESST a effectué la demande de rapport de physiothérapie. La CNESST doit avoir reçu le rapport dans les 15 jours suivant la demande sans quoi une suspension du paiement des traitements sera effectuée. La suspension du paiement des traitements ne s'applique pas aux établissements de santé publics.
- ② Indiquez le diagnostic qui a donné lieu à la prescription du professionnel de la santé.
- ③ Indiquez les données subjectives en remplissant les champs requis. L'échelle à utiliser pour l'évaluation de la douleur ressentie est la suivante : 1 étant le niveau le plus bas et 10 le plus élevé.
- ④ Indiquez les données objectives en remplissant les champs requis et précisez, selon l'état initial du travailleur lors de l'évaluation initiale ou du dernier rapport demandé par la CNESST ainsi que selon l'état du travailleur au moment de remplir le rapport.
- ⑤ Indiquez les données fonctionnelles et l'opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec en remplissant les champs requis.
- ⑥ Précisez l'état initial du travailleur lors de l'évaluation initiale ou du dernier rapport demandé par la CNESST ainsi que l'état du travailleur au moment de remplir le rapport.
- ⑦ Indiquez le plan de traitement envisagé en précisant le type de modalités utilisées (actives ou passives).
- ⑧ Indiquez l'état du travailleur à la fin des traitements en remplissant les champs requis.