

PARTIE IV : PLAN DE GESTION DU TROUBLE DE SANTÉ ACTUEL

COMMENCEMENT

JJ MM AAAA

Date(s) de l'hospitalisation – **joindre le sommaire de l'admission et du congé de l'hôpital**

Date(s) de la chirurgie et type de chirurgie – **joindre le(s) rapport(s) de chirurgie**

Nom du médicament Posologie Date de l'ordonnance

Arrêté? Oui Non

Arrêté? Oui Non

Arrêté? Oui Non

Nom

Spécialité

JJ

MM

AAAA

Spécialiste

Analyses
supplémentaires
prévues

Thérapeute

Autre

Le patient suit-il le plan de traitement recommandé? Oui Non

PARTIE V : TROUBLE CARDIAQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. Résultats cliniques :

Douleur thoracique Syncope Fatigue Dyspnée causée par la congestion vasculaire ou l'hypoxie Psychophysiologie

Lectures de la tension artérielle (au moins trois) au moment de l'apparition du trouble de santé actuel : _____

Autre, veuillez préciser : _____

2. Restrictions et limitations

Capacité fonctionnelle (Société canadienne de cardiologie) :

Niveau 1 (aucune limitation) Niveau 2 (limitations légères) Niveau 3 (limitations modérées) Niveau 4 (limitations graves)

3. Analyses de laboratoire/tests diagnostiques (**joindre une copie de tous les résultats pertinents**)

PARTIE VI : TROUBLE PSYCHIATRIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. **Diagnostic (Veuillez utiliser les critères du DSM IV)**

Axe I _____

Axe II _____

Axe III _____

Axe IV _____

Axe V Score actuel sur l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) _____

Score le plus élevé sur l'EGF au cours de la dernière année _____

Score le plus bas sur l'EGF au cours de la dernière année _____

Données à l'appui

Veuillez décrire les symptômes (gravité et fréquence) et indiquer les résultats des examens médicaux ou psychologiques qui soutiennent chaque axe de votre diagnostic.

2. Avez-vous recommandé votre patient à un :

Psychologue? Oui Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJ/MM/AAAA): _____ Objectif : _____

Psychiatre? Oui Non Si oui, veuillez préciser la date de la recommandation (JJ/MM/AAAA): _____ Objectif : _____

Nom du patient : _____

PARTIE VII : TROUBLE MUSCULOSQUELETTIQUE – À REMPLIR SI APPLICABLE S.O.

1. Symptômes (précisez la gravité et la fréquence) :

Zone : Cervicale Thoracique Lombo-sacrée Autre _____

Type : Rigidité Paresthésie Amplitude des mouvements réduite Spasmes musculaires

2. Résultats cliniques (joindre une copie des radiographies, des résultats du tomodensitogramme ou de l'IRM, des analyses sanguines, etc.) :

Déficits neurologiques : Force Oui Non Si oui, à quel degré : _____

Perte sensorielle Oui Non Si oui, à quel degré : _____

Réflexes Oui Non Si oui, à quel degré : _____

PARTIE VIII : RESTRICTIONS ET LIMITATIONS – À REMPLIR SI APPLICABLES

Capacité fonctionnelle (durée en heures) :

Position assise 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Position debout : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Marche : 8 7 6 5 4 3 2 1 Autre : _____

Quels facteurs particuliers influent sur la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher, s'il y a lieu? _____

Quels appareils pourraient améliorer la capacité du patient à s'asseoir, à se lever ou à marcher? _____

						Le patient est en mesure de :	Fréquence / Durée	Le patient est en mesure de :	Fréquence / Durée
Soulever/ transporter	Moins de 5 kg/10 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		Conduire		S'agenouiller/flechir ses genoux	
	Plus de 5 kg/10 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		S'accroupir		Monter les escaliers	
	Plus de 10 kg/20 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		Maintenir son équilibre		Lever ses bras à la hauteur des épaules	
	Plus de 25 kg/50 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		Se pencher/se baisser		Lever ses bras au-dessus des épaules	
Pousser/ tirer	Moins de 5 kg/10 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement		Faire une torsion		Lever ses bras au-dessus des épaules	
	Plus de 5 kg/10 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement					
	Plus de 10 kg/20 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement					
	Plus de 25 kg/50 lb	<input type="checkbox"/> Continuellement	<input type="checkbox"/> Fréquemment	<input type="checkbox"/> Occasionnellement					

PARTIE IX : À REMPLIR POUR TOUS LES TROUBLES DE SANTÉ – DURÉE PRÉVUE DU RÉTABLISSEMENT/PLANIFICATION DE LA RÉADAPTATION

Progrès du patient : Aucun Régression Amélioration minimale Amélioration importante Plateau

Pronostic de résolution : Mauvais Bon

Durée prévue de la période de rétablissement : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour une réadaptation médicale ou fonctionnelle (c.-à-d. programme de conditionnement, services de consultation, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Selon vous, le patient est-il un bon candidat pour un programme de retour au travail (c.-à-d. dans le cadre d'un retour avec tâches modifiées ou d'un retour au travail graduel, etc.)?

Oui Non Veuillez préciser votre opinion : _____

Si vous n'êtes pas en mesure de déterminer la durée, veuillez effectuer un suivi dans _____ semaines ou _____ mois.

Quelles sont les mesures prises (ou devant être prises) sur le plan des aspects suivants pour aider votre patient à réintégrer un mode de vie productif (cochez toutes les cases qui s'appliquent)?

Conditionnement physique Gestion du stress/capacité d'adaptation Renforcement de la confiance en soi sur le plan social

Orientation professionnelle Autre _____

Veuillez indiquer tout renseignement ou détail supplémentaire qui pourrait avoir des répercussions importantes sur la capacité du patient à se rétablir de son trouble de santé : _____

PARTIE X : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____

Remplir le présent formulaire et le retourner à : Croix Bleue Medavie
644, rue Main, C.P. 220, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3
Numéro sans frais au Canada : 1-877-347-5055 Téléc. : 1-800-644-1722 Disability@medavie.bluecross.ca