



Agence de référence:

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télocopieur: _____

Courriel: _____

Personne Contacte: _____

Employeur:

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télocopieur: _____

Courriel: _____

Personne Contacte: _____

Client: _____ No. de réclamation/dossier: _____

Address: _____

Téléphone: _____ Date de naissance: _____ Occupation: _____

Date de la perte/maladie: _____ Diagnostic: _____

Médecin: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télocopieur: _____

Représentant légal: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Télocopieur: _____

ÉVALUATIONS

- Analyse des tâches
- Analyse des demandes cognitive de travail
- 1-jour Évaluation des capacités fonctionnelles
 - Spécifique à l'emploi Générale
- 2-jours Évaluation des capacités fonctionnelles
 - Spécifique à l'emploi Générale
- Évaluation d'allocations de soins
- Évaluation des soins à domicile
- Évaluation ergonomique bureau/industriel
- Évaluations des risques et des dangers
- Évaluation des capacités psychologiques
- Évaluation de la capacité fonctionnelle en cas de traumatisme cérébral et commotion
- Compétences Transférables
- Évaluation de le conduite automobile
- Évaluation des aménagements du lieu de travail
- Jumelage à un emploi (passer en revue le dossier)

RÉADAPTATION

- Coordination de retour au travail
- Programme de conditionnement au travail cognitif
- Programme multidisciplinaire de réadaptation fonctionnelle active

FORMATION

- Formation de santé et bien-être
- Gestion de l'incapacité au travail

MOBILITÉ ET POSITIONNEMENT

- Positionnement personnalisé
- Évaluation de mobilité
- Évaluation d'accessibilité à domicile

Commentaires: