

## Formulaire de référence

Agence de référence: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_  
 Personne Contacte: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_  
 Personne Contacte: \_\_\_\_\_

Client: \_\_\_\_\_ No. de réclamation/dossier: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
 Date de la perte/maladie: \_\_\_\_\_ Diagnostic: \_\_\_\_\_  
 Médecin de famille: \_\_\_\_\_ Spécialiste: \_\_\_\_\_

### Documents requis du dossier:

- Rapport initial de blessure
- Archives d'ambulance et salle d'urgence, cas échéant
- Archives d'hôpital, cas échéant
- Tous les formulaires 8/10 ou l'équivalent des médecins
- Tous les rapports pertinents de radiologie
- Tous les rapports pertinents de laboratoire
- Tous les rapports pertinents de consultations médicaux spécialisés
- Tous les rapports pertinents de chirurgie, cas échéant
- Toutes évaluations psychologiques et rapports subséquents reliés au dossier
- Tous les rapports et traitements de services paramédicaux
- Tous les rapports d'analyse de tâches et d'évaluations de capacités fonctionnelles
- Une liste complète et à date (dès la date de blessure) pharmaceutique et médicaments
- Autre information indiquée pertinente par le médecin de famille et/ou gestionnaire de cas

Programme multidisciplinaire de réadaptation fonctionnelle active (MAFRP)

Analyse des tâches (obligation pré-admission)

Évaluation seulement avec recommandations – Dr. Evans

### Demandes additionnelles

Coordination de retour au travail

2-jours Évaluation des capacités fonctionnelles (à la fin du programme)

Compétences Transférables

Spécifique à l'emploi  Générale

Évaluation ergonomique bureau/industriel

Commentaires: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_