

Hospitalisation (lorsque nécessaire pour cette maladie ou blessure)

Date d'admission à l'hôpital : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Date du congé de l'hôpital : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Date du début du traitement en consultation externe : _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Nom de l'hôpital : _____

5 PRONOSTIC

Décrivez les réactions aux thérapies à ce jour : _____

Indiquez tous les facteurs de comorbidité : _____

Décrivez toute séquelle post-thérapie : _____

Pronostic : _____

Veillez nous fournir les noms des autres médecins qui ont participé / participeront à l'évaluation des problèmes médicaux, **ainsi qu'une copie de tout rapport de consultation disponible.**

6 CAPACITÉ PHYSIQUE

Tâches sédentaires : elles demandent d'adopter une position assise surtout, de marcher et de se tenir debout occasionnellement et de soulever parfois du matériel pesant 5 kg ou moins.

Tâches légères : elles demandent de manipuler fréquemment du matériel pesant jusqu'à 5 kg et parfois jusqu'à 11 kg; elles peuvent fréquemment exiger de marcher, de se tenir debout ou de s'asseoir en exerçant un niveau de poussée ou de traction avec les bras et de contrôle avec les jambes.

Tâches moyennes : elles demandent de manipuler fréquemment des charges allant jusqu'à 11 kg et parfois jusqu'à 23 kg; elles peuvent exiger souvent de soulever, de transporter, de pousser ou de tirer.

Tâches lourdes : elles demandent de manipuler fréquemment des charges allant jusqu'à 23 kg et parfois jusqu'à 45 kg.

À votre avis, quelle est la date la plus rapprochée à laquelle votre patient pourra retourner au travail? _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

Si l'emploi antérieur peut être modifié, quand l'emploi de réadaptation pourrait-il commencer? _____ / _____ / _____
JJ MM AAAA

7 COMMENTAIRES

Nous vous serions reconnaissants d'ajouter tout commentaire nous permettant de mieux comprendre votre patient et son état de santé.

Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie)	Spécialité	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
_____	_____	_____

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Signature	Date (jour, mois, année)
_____	_____

Adresse : La Canada Vie/Morneau Shepell
Bureau 316
50 chemin Burnhamthorpe O
Mississauga ON L5B 3C2
Télécopieur : 1 877 562-9126
Téléphone : 1 800 465-5812