

5 RESTRICTIONS ET LIMITATIONS

Capacité fonctionnelle : (Société canadienne de cardiologie (SCC)) Niveau 1 (Aucune limitation) Niveau 2 (Limitations légères)
 Niveau 3 (Limitations modérées) Niveau 4 (Limitations graves)

	Poids	Fréquence	Durée	Quelles restrictions ou limitations spécifiques avez-vous imposées à ce patient à l'égard des tâches liées à son emploi? Quelle est la portée de telles restrictions et limitations sur la capacité du patient d'accomplir les activités de la vie quotidienne?
Soulever ou transporter	1 à 10 livres (0,5 kg à 4,5 kg) 11 à 20 livres (5 kg à 9,1 kg) 21 à 50 livres (9,5 kg à 22,7 kg)			
Pousser ou tirer	1 à 10 livres (0,5 kg à 4,5 kg) 11 à 20 livres (5 kg à 9,1 kg) 21 à 50 livres (9,5 kg à 22,7 kg)			
Se tenir debout				
Marcher				
Autre				

6 PRONOSTIC

Y a-t-il des restrictions que vous aimeriez imposer au patient à son retour au travail? Oui Non

Veuillez préciser. _____

Durée prévue des restrictions : _____

L'évaluation et le traitement s'avèrent plus difficiles en raison : (veuillez cocher et fournir des explications dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous) :

- de troubles affectifs ou de comportement graves, comme la dépression, l'anxiété, etc.
- de l'exagération des symptômes, de constatations cliniques incompatibles, de plaintes subjectives exagérées par rapport aux constatations objectives, d'observations bizarres ou contradictoires.
- de problèmes liés au travail (veuillez les décrire si vous les connaissez) : _____
- d'autres motifs (veuillez préciser) _____

Réadaptation :

- a) Le patient serait-il un bon candidat aux services de réadaptation médicale? Oui Non
- b) Le patient serait-il un bon candidat à la réadaptation professionnelle? Oui Non
- c) Dans l'affirmative, veuillez préciser. _____

7 COMMENTAIRES – Veuillez nous fournir tout autre renseignement qui, selon vous, nous permettra de mieux comprendre l'état de santé de votre patient ou ses besoins en matière de traitement.

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