|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| WorkSafe-Color - 600dpi | | [A picture containing indoor, black  Description automatically generated](https://www.travailsecuritairenb.ca/soins-de-sant%C3%A9/collaborer-avec-nous/formulaires/les-rapports-de-psychologie/)  **Vous avez des questions?**Balayez ou tapez le code QR, ou cliquez sur celui-ci pour voir des directives détaillées. Ce formulaire est aussi offert en [format PDF](https://www.travailsecuritairenb.ca/media/61141/rapport-d-%C3%A9valuation-initiale-en-psychologie.pdf) à remplir. | Rapport d’évaluation initiale en psychologie | |
| Date du rapport (aaaa-mm-jj) | | | No de réclamation de Travail sécuritaire NB (s’il est connu) : |

|  |
| --- |
| **Veuillez envoyer ce rapport dans les dix jours ouvrables qui suivront le rendez-vous. Vous pouvez le présenter rapidement et de façon sécuritaire par le biais de votre dossier Mes services.** |

Fournisseur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | | No de fournisseur de Travail sécuritaire NB | | |
| Adresse postale | | | | |
| Ville / Village | Code postal | No de téléphone (y compris l’indicatif régional) | | No de télécopieur (y compris l’indicatif régional) |
| Adresse de courriel | Avez-vous un dossier Mes services?  Oui  Non | | Moyen de communication préféré | |

Travailleur

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de famille du travailleur | | Prénom | | Date de naissance |
| Profession | | Date de la blessure | | S’il s’agit d’une exposition cumulative / répétée, veuillez donner les dates d’exposition.  Du       au |
| Le travailleur travaille-t-il à l’heure actuelle?  Oui   Non | | Si oui…  à temps plein  heures habituelles  tâches habituelles  à temps partiel  heures modifiées  tâches modifiées | | |
| Si non, indiquez la dernière date à laquelle il a travaillé (aaaa-mm-jj). | Depuis quand le travailleur est-il au service de son employeur actuel? | | Commentaires | |

Employeur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’employeur | Commentaires |
| Description de l’employeur de la blessure / l’incident (Voir le *Rapport sur l’accident ou la maladie professionnelle.*) | |

Rapport clinique

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Description du travailleur de la blessure / l’incident | | | | | |
| Réaction violente | | | | | À votre avis, l’incident décrit par le travailleur et l’employeur satisfait-il aux critères du DSM-5 pour un événement traumatique?  Oui  Non |
| L’expression des symptômes  a-t-elle été retardée?  Oui  Non | Si oui, décrivez les facteurs qui ont déclenché la réclamation actuelle. | | | | |
| Symptômes actuels  Traumatisme  Colère / Irritabilité  Dépression  Anxiété  Usage de substances  Isolement / Retrait social  Problèmes cognitifs  Idées suicidaires  Autres : | | | | | |
| Commentaires sur les symptômes | | | | | |
| Risque de suicide  Aucun  Peu élevé  Moyen  Élevé  S’il y des inquiétudes pour ce qui est du suicide, veuillez décrire le plan de sécurité : | | | | | |
| Obstacles actuels au traitement et au retour au travail  Traits de personnalité  Problèmes de sommeil  Blessure / Douleur physique  Pas d’emploi  Problèmes au niveau de la réclamation  Manque de soutien social  Faible motivation à retourner au travail  Problèmes au niveau de la relation entre l’employeur et les travailleurs  Méfiance envers Travail sécuritaire NB  Problèmes juridiques  Faible motivation à obtenir des traitements psychologiques  Autre : | | | | | |
| Commentaires sur les obstacles | | | | | |
| Comorbidités médicales | | Médicaments actuels (type, dose et condition traitée) | | | |
| Antécédents de problèmes psychologiques / psychiatriques (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.)  Aucun  Ne sais pas  Traumatisme ou événements stressants  Abus d’alcool ou d’autres drogues  Problèmes de santé mentale nécessitant un traitement  Médicaments psychotropes  Autre : | | | | Diagnostic de problème de santé mentale préexistant?  Non  Oui  Ne sais pas | |
| Commentaires sur les antécédents / diagnostics préexistants | |
| Tests psychométriques (Énumérez tous les tests et leurs résultats.)    Date des tests psychométriques (aaaa-mm-jj) | | | | | |
| Renseignements sur la validité de l’auto-déclaration des symptômes | | | | | |
| Diagnostic préliminaire  Trouble de stress post-traumatique, 309.81  État de stress aigu, 308.3  Trouble de l’adaptation (type et code :      )  Trouble dépressif majeur (type et code :      )  Trouble lié à l’utilisation de substances (type et code :      )  Pas assez d’information pour poser un diagnostic  Aucun diagnostic | | | | | |
| Commentaires sur le diagnostic | | | | | |
| Commentaires sur la relation entre le diagnostic actuel et l’événement au lieu de travail | | | | | |
| Le diagnostic est fondé sur (cochez toutes les cases qui s’appliquent) :  Entrevue clinique  Entrevue diagnostique structurée / semi-structurée  Tests psychométriques  Examen du dossier  Autre | | | Le diagnostic actuel représente :  Une nouvelle condition psychologique liée au travail  Une condition psychologique liée à un traumatisme précédent lié au travail  Une condition psychologique personnelle non liée au travail | | |
| Commentaires | | | | | |

Capacités fonctionnelles

|  |  |
| --- | --- |
| La condition psychologique du travailleur **ne limite pas** sa capacité de travailler (peut retourner au travail sans mesure d’adaptation).  La condition psychologique du travailleur **limite** sa capacité de travailler (peut retourner au travail avec des mesures d’adaptation). | |
| Symptômes exigeant des mesures d’adaptation | Commentaires |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mesures d’adaptation recommandées** (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.) | |
| Certaines tâches  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Certains endroits au travail  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Certaines conditions ambiantes  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Certaines heures de travail  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Certaines populations  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Capacité de travailler de façon autonome  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Responsabilités de supervision  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Prise de décision critique  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Travaux où il y a un risque pour la sécurité  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Autre  Veuillez décrire.    Commentaires | |
| Durée prévue des mesures d’adaptation  Veuillez décrire.    Commentaires |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Traitement recommandé** (Cochez toutes les cases qui s’appliquent.) | |
| Traitement psychologique individuel axé sur le traumatisme  Ergothérapie  Services de consommation / d’abus de substances  Examen psychiatrique / Examen des médicaments psychotropes  Examen médical  Aucun traitement  Autre : | |
| Durée prévue du traitement |  |
| Commentaires |  |

|  |
| --- |
| Aimeriez-vous qu’un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB communique avec vous?  Oui  Non  Commentaires |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature (pas nécessaire si vous présentez le rapport par le biais de Mes services) | | | Date (aaaa-mm-jj) |
|  | | | |
|  |  |  | |

**Transmission par le biais de Mes services**   
Mes services est une plateforme en ligne sécurisée où les fournisseurs peuvent télécharger des rapports; présenter des factures; envoyer des courriels aux personnes responsables des réclamations et aux conseillers en psychologie; vérifier l’état d’une facture; s’inscrire au dépôt direct; voir les relevés de dépôt direct; et mettre à jour leurs renseignements bancaires. Pour vous inscrire à Mes services, allez à la [page d’inscription](https://www.ws-ts.nb.ca/Services/Portal/Register) de Travail sécuritaire NB ou composez le 1 800 999-9775.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demandes de renseignements**  Sans frais 1 800 999-9775  Lundi au vendredi, 8 h 00 à 16 h 30 | **Télécopieur**  Sans frais 1 888 629-4722 | **Adresse postale** Travail sécuritaire NB 1, rue Portland Case postale 160  Saint John NB E2L 3X9 |
|

Travail sécuritaire NB recueille des renseignements sur ce formulaire à des fins d’application de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Il se conforme à la *Loi sur le droit à l’information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l’accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.* Pour en apprendre plus sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels sur la santé, veuillez visiter la page Web de Travail sécuritaire NB [Accès à l’information et protection des renseignements personnels](https://www.travailsecuritairenb.ca/politiques-et-lois/lois/accès-à-l-information-et-protection-des-renseignements-personnels/).