



RAPPORT SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Réclamation n° :

Nom de famille du patient : Prénom : Date de naissance AA/MM/JJ Gestionnaire de cas

Adresse Emploi Sexe
M F

Date du présent examen : AA/MM/JJ Date de la collision : AA/MM/JJ

Oui Non **En raison de la collision, le patient a-t-il :** Oui Non

1. Subi un coup à la tête? 3. Subi des éraflures, des contusions ou des lacérations? (indiquez à quels endroits)

2. Perdu connaissance? 4. Fait l'objet d'investigations scientifiques? Dans l'affirmative, **joignez tous les résultats.**

Si oui, pendant combien de temps? 5. Consulté un médecin dans les 24 heures suivant la collision?

Mécanismes de la collision : (par rapport au véhicule du patient)

Collision arrière Collision avant Collision latérale Autre

Symptômes : Cochez tous les symptômes découlant de la collision :

G D	G D	G D	G D
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au cou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur interscapulaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur à la hanche/cuisse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Étourdissements
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal de tête	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au genou/à la jambe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acouphène
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur à l'épaule/au bras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur thoracique/aux côtes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur à la cheville/au pied	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au coude/à l'avant-bras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur abdominale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au visage/à la mâchoire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil/fatigue
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Douleur au poignet/à la main	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lombalgie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision trouble	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anxiété/dépression

Signes physiques : Cochez tous les signes physiques découlant de la collision :

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée du cou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité interscapulaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée de la hanche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dysfonction segmentaire cervicale
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité au cou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité à la poitrine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée du genou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dysfonction segmentaire thoracique
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée de l'épaule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité thoracique/aux côtes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée de la cheville/du pied	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dysfonction segmentaire lombaire
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité à l'épaule/au bras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité abdominale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Déficit auditif	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité au coude/à l'avant-bras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité lombaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Déficit du champ visuel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Désorientation
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilité au poignet/à la main	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADM limitée de la région lombaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nystagmus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Altération de l'humeur

Examen neurologique (objectif) :

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Déficit sensoriel	<input type="checkbox"/> Déficit moteur	<input type="checkbox"/> Modifications des réflexes
<input type="checkbox"/> Tension durale	Zone cutanée	Muscles touchés	Niveaux touchés

Oui Non **Dans les cinq années précédant la collision, est-ce que le patient :**

1. A pris plus de quatre semaines de congé en raison d'une blessure ou d'un problème de santé?

2. A régulièrement utilisé des médicaments sur ordonnance ou des médicaments en vente libre?

3. A connu des problèmes de santé importants nécessitant des soins continus?

4. A reçu des traitements de chiropractie ou de physiothérapie? Dans l'affirmative, indiquez la date du dernier traitement.

Diagnostic clinique :

Situation relative à l'emploi : Le patient travaille-t-il actuellement? Oui Non Si non, indiquez la date de retour cible

Oui Non **L'état clinique du patient :**

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> a) L'empêche-t-il de se rendre à son lieu de travail et d'en revenir?	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c) Pose-t-il un risque pour la santé ou la sécurité du patient ou de ses collègues?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) Entraîne-t-il une incapacité à réaliser des tâches requises?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d) Entraînera-t-il des effets négatifs au moment du retour au travail qui nuiront à l'histoire naturelle de l'état clinique?	

Plan de gestion : Encercler les éléments appropriés et fournissez les renseignements demandés.

1. Indiquez tous les médicaments prescrits : 3. Le patient a-t-il été renvoyé vers un autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, lequel?

2. Indiquez toute attelle ou tout autre accessoire fonctionnel prescrit : 4. Fréquence prévue des soins en clinique pour les six prochaines semaines :

5. Durée totale prévue des soins en clinique :

Praticien : Nom de famille Prénom N° de compte enregistré de la Société d'assurance publique du Manitoba : Adresse (numéro, rue, appartement)

Ville Province Code postal N° de téléphone (indicatif régional) N° de télécopieur

Bien que ce rapport soit essentiel, le patient doit déposer une réclamation à la Société d'assurance publique du Manitoba avant que l'on puisse ouvrir un dossier d'indemnisation. Signature du praticien AA/MM/JJ Date :

Autorisation du patient ou du tuteur Signature – Patient ou tuteur Date :

Par la présente, j'autorise la divulgation de ce rapport à la Société d'assurance publique du Manitoba à l'appui de ma réclamation.