



Facteurs pouvant influencer la convalescence (veuillez expliquer).

- Accoutumance \_\_\_\_\_
- Régime alimentaire \_\_\_\_\_
- Milieu de travail \_\_\_\_\_
- Milieu familial \_\_\_\_\_
- Antécédents familiaux de l'état actuel \_\_\_\_\_
- Condition physique générale \_\_\_\_\_
- Antécédents médicaux \_\_\_\_\_
- Maladies préexistantes \_\_\_\_\_

Le (La) patient(e) a-t-il (elle) déjà souffert d'un problème semblable ?  oui  non Si oui, veuillez expliquer.

Plan de gestion de l'état actuel

Veuillez indiquer le traitement actif / à venir :

	Date
	AAAA      MM      JJ
<input type="checkbox"/> Médicaments (y compris les doses)	
_____	
_____	
_____	

<input type="checkbox"/> Chirurgie	AAAA      MM      JJ
_____	
_____	

	Nom	Spécialité	Date
			AAAA      MM      JJ
<input type="checkbox"/> Chiropraticien	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Conseiller	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Test / Analyse diagnostique	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Spécialiste	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Thérapeute	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Autre	_____	_____	

Progrès du (de la) patient(e) :

- Aucun
- Amélioration importante
- Régression
- Résolution
- Amélioration minimale
- Plateau

À votre avis, le (la) patient(e) est-il (elle) un(e) bon(ne) candidat(e) pour le programme de réembauche (p. ex. retour progressif / graduel au travail, fonctions modifiées) ?  oui  non Sinon, veuillez donner les détails.

Autres renseignements pouvant être utiles ou importants pour la convalescence du (de la) patient(e) :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

AAAA      MM      JJ