



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

CONSULTATION PROFESSIONNELLE

ERGOTHÉRAPIE

Nom, prénom du professionnel (en lettres moulées) : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

Suivi CISSR (Comité Interdisciplinaire de Suivi Systématique en Réimplantation)

Le CEVARMU est responsable de systématiser les suivis interdisciplinaires CEVARMU-CRDP/CH des CISSS aux périodes charnières du processus de réadaptation client, soit à 6 semaines, 6 mois ainsi qu'à la fin de la période de réadaptation.

Nous vous demandons de faire parvenir les indicateurs de qualité suivants à trois reprises, selon les délais établis, par courriel à l'adresse suivante : réimplantation.chum@ssss.gouv.qc.ca

Suivi 1 (6 à 8 semaines). Date : _____

- Questionnaire DASH : Perception des incapacités en lien avec les activités quotidiennes. **Résultat** _____%
- Retour au travail : OUI (date du retour) : _____ NON
- Reprise du tabac : OUI NON

Signature du professionnel : _____

Suivi 2 (6 mois). Date : _____

- Questionnaire DASH : Perception des incapacités en lien avec les activités quotidiennes. **Résultat** _____%
- Retour au travail : OUI (date du retour) : _____ NON
- Reprise du tabac : OUI NON

Signature du professionnel _____



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

CONSULTATION PROFESSIONNELLE

ERGOTHÉRAPIE

Nom, prénom du professionnel (en lettres moulées) : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

Suivi 3 (un an ou au congé). Date : _____

- Questionnaire DASH : Perception des incapacités en lien avec les activités quotidiennes. **Résultat :** ____%
- Retour au travail : OUI (date du retour) : _____ NON
- Reprise du tabac : OUI NON
- Professionnels impliqués durant la période de réadaptation
 - Ergothérapeute
 - Physiothérapeute/TRP
 - Psychologue
 - Travailleur/se social
 - Autre : _____
 - Patient ressource

Signature du professionnel _____