



Nom du patient : _____ Date de l'évaluation : _____

Le travailleur ci-haut mentionné a subi une commotion cérébrale.

Il est en arrêt de travail jusqu'au _____

Il est en retour progressif suivant les aménagements ci-dessous

Il peut reprendre son travail usuel à temps plein

Les aménagements à la tâche de travail ont pour objectifs de diminuer la charge cognitive et physique du travailleur. Ceci contribue à minimiser les symptômes post-commotionnels et à favoriser un retour au travail sécuritaire.

À la suite d'une commotion cérébrale, une personne peut avoir des symptômes divers.

Les symptômes peuvent varier en cours de journée, surtout en fonction des activités cognitives, physiques et des stimuli.

Les plus fréquents sont :

| | | |
|-----------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Mal de tête | Confusion | Manque de coordination |
| Nausées | Inconfort à la lumière, aux bruits | Manque d'équilibre |
| Étourdissements | Voir des étoiles, des lumières vives | Troubles de mémoires |
| Vomissements | Bourdonnements dans les oreilles | Troubles de concentration |
| Vertiges | Somnolence | Irritabilité, émotions à vif |
| Fatigue | Vision floue | Et cetera |

Temps au travail : ½ journée jusqu'au _____
1 journée sur 2 jusqu'au _____
Nombre de journées consécutives complètes : _____ jusqu'au _____
Temps plein
Autre horaire : _____

Restrictions :

Limiter le temps devant l'ordinateur Durée maximale : _____
Limiter le temps de lecture Durée maximale : _____
Limiter la conduite de machinerie lourde Durée maximale : _____
Limiter le travail physique Durée ou charge maximale : _____

Autres : _____

Pauses : Permettre des pauses pour contrôler les symptômes (apparition ou augmentation d'intensité). Les pauses devraient être dans un endroit calme. Si les symptômes persistent, permettre de quitter le travail.

Charge de travail : 25 % 50 % 75 % 100 % (tâche complète)

Autres aménagements : Éviter les milieux bruyants
Diminuer la luminosité des écrans
Permettre des bouchons pour limiter les stimuli sonores

Autres : _____

Un suivi pour l'état de santé post-commotionnel devrait être fait par _____ dans un délai de _____.

Merci de votre coopération.

Signature : _____ N° de licence : _____ Date : _____