



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 : \_\_\_\_\_