

## Aménagements professionnels : Retour au travail pour un travailleur ayant subi une commotion cérébrale

Nom du patient :

Date de l'évaluation :

### Informations

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-bas

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

# AQMSE

## Évaluation

Temps au travail : ½ journées jusqu'au

% d'une journée complète jusqu'au

Nb 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 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.**

Nom et signature

N° de licence

Date