

Nom, prénom du patient : .....

Numéro de dossier Fedris : .....

Date d'évaluation finale : ...../...../.....

Nombre total de séances de réadaptation (558994) effectuées : ..... /36

**Aptitude au travail :**

- A déjà repris le travail
- Reste en incapacité totale de travail
- Reprise de travail à temps plein depuis la séance n° : .....
- Reprise à temps partiel depuis la séance n° : .....

**Evaluation fonctionnelle - échelles utilisées au début et à la fin du traitement**

	Début traitement	Fin traitement
Oswestry Disability Index (ODI)	/50	/50
ou ODI score en %	%	%
ou Roland Morris (RDQ)	/24	/24
Echelle VON KORFF 0 - 10		
Echelle Tampa (kinésiophobie)		

**Concertation entre les médecins concernés**

	OUI	NON
La procédure a été entamée par le médecin de travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été informé des conditions réelles de travail du patient par l'intermédiaire du médecin du travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il eu, en plus, un contact avec		
le médecin traitant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le médecin-conseil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le médecin du travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Intervention ergonomique concernant le poste de travail effectuée (Avez-vous utilisé 2 sessions 558994 ?)**

- OUI     NON     NE SAIS PAS

**Conclusion**

<i>Evolution clinique</i>	<b>négative</b>	<b>inchangée</b>	<b>positive</b>	<b>très positive</b>
Depuis début traitement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Signature et cachet**  
Médecin responsable du centre