



Lettre d'autorisation médicale

Cabinet médical, veuillez remplir :	
M. D./IPS Nom	
N° de permis de pratique médicale	
Courriel/n° de téléphone	
Date de la lettre d'autorisation médicale	

M. D./IPS/Patient : veuillez remplir :	
Date de la commotion	
Date du diagnostic de la commotion	
Organisme/individu qui demande la lettre d'autorisation médicale	

Madame/Monsieur,

Les patients souffrant d'une commotion cérébrale doivent être examinés et encadrés par un professionnel médical. L'objectif de la gestion d'une commotion est un rétablissement complet du patient en favorisant une reprise sécuritaire et graduelle de ses activités, par étapes. Vous trouverez de l'information et des ressources dans l'outil de formation sur la sensibilisation aux commotions (CATT) à l'adresse cattonline.com.¹

Dans le cadre de la stratégie, le patient a reçu comme instruction d'éviter les activités pouvant l'exposer à un risque d'une autre commotion ou blessure à la tête jusqu'à l'obtention d'une lettre d'autorisation médicale (en raison des obligations organisationnelles, les tâches dangereuses au travail, le sport de contact, etc.). Le patient a expliqué les obligations organisationnelles et ses tâches/activités, et j'ai personnellement réalisé l'examen médical pour la lettre d'autorisation médicale de ce patient.

Nom du patient : _____

Prendre note que la vitesse de rétablissement est propre à chaque patient. Après l'étape 2, si le patient ressent de nouveaux symptômes ou si certains symptômes s'aggravent, celui-ci a reçu comme instruction de revenir à l'étape précédente de la stratégie pendant 24 heures.

Le patient peut reprendre son travail, ses études ou ses activités physiques **sans restriction**.

Le patient peut reprendre son travail, ses études ou ses activités physiques **avec les restrictions suivantes** :

Restrictions physiques et cognitives	Détails	Période

Le patient peut reprendre son travail, ses études ou ses activités physiques **sans adaptation**.

Le patient peut reprendre son travail, ses études ou ses activités physiques **avec les adaptations suivantes** :

Adaptations physiques et cognitives	Détails	Période

Votre compréhension et appui sont essentiels au bon rétablissement du patient.

Cordialement,

Signature _____ M. D./IPS (Veuillez encercler le bon titre)²

Étampe

1 Le site est en anglais, mais il contient des informations en français.

2 Selon l'accès à un médecin ou un infirmier, la lettre d'autorisation médicale peut être produite par un infirmier ayant accès à un médecin ou infirmier autorisé. Ne pas accepter un formulaire rempli par un autre type de professionnel de la santé (physiothérapeute, chiropraticien et autre professionnel paramédical). Il est recommandé de fournir ce document au patient sans frais.