**AVIS DU MEMBRE DU**

**BUREAU D’ÉVALUATION MÉDICALE**

**NOM**  : {id\_patient\_name}

**DOSSIER CNESST** : {id\_cnesst}

**N/DOSSIER** : {id\_dossier}

**EMPLOYEUR** : {id\_employer}

**MEMBRE DU BEM** : {id\_doctor\_name}

**ENDROIT** : {id\_location}

**DATE DE L'EXAMEN** : {id\_date}

**OBJET** : {id\_objet}

**SUJETS TRAITÉS**

1- Diagnostic

2- Date ou période prévisible de consolidation de la lésion

3- Nature, nécessité, suffisance ou durée des soins ou traitements administrés ou prescrits

**RAISON DE L’AVIS**

{id\_reason}

**DÉCLARATION DU MEMBRE DU BEM ET CONSENTEMENT EN TEMPS DE PANDÉMIE :**

{id\_declaration}

**IDENTIFICATION**

Âge : {id\_age}

Emploi : {id\_work}

**ANTÉCÉDENTS**

{id\_antecedent}

**ANAMNÈSE**

{id\_anamnese}

**REVUE DU DOSSIER**

{id\_dossier\_review}

**ÉTAT ACTUEL**

{id\_etat\_actuel}

**EXAMEN OBJECTIF**

{id\_examen\_objectif}

**COLONNE CERVICALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Normale** | **Retenue** |
| Flexion antérieure | **40°** | 40° |
| Extension | **30°** | 30° |
| Flexion latérale droite | **40°** | 40° |
| Flexion latérale gauche | **40°** | 40° |
| Rotation droite | **60°** | 60° |
| Rotation gauche | **60°** | 60° |

Les amplitudes du rachis lombaire sont normales.

**COLONNE DORSOLOMBAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Normale** | **Retenue** |
| Flexion antérieure | **90°** | 90° |
| Extension | **30°** | 30° |
| Flexion latérale droite | **30°** | 30° |
| Flexion latérale gauche | **30°** | 30° |
| Rotation droite | **30°** | 30° |
| Rotation gauche | **30°** | 30° |

**É P A U L E S**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Droite** | | **Gauche** | |
|  | **Normale** | **Actif** | **Passif** | **Actif** | **Passif** |
| Élévation antérieure (flexion) | **180°** | 180° | 180° | 180° | 180° |
| Abduction | **180°** | 180° | 180° | 180° | 180° |
| Rotation externe  (épaule en abduction à 90°) | **90°** | 90° | 90° | 90° | 90° |
| Rotation interne  (épaule en abduction à 90°) | **40°** | 40° | 40° | 40° | 40° |
| Rotation externe si l’abduction est impossible à 90°  (bras le long du corps,  le coude fléchi à 90°) | **45°** | 45° | 45° | 45° | 45° |
| Rotation interne si l’abduction est impossible à 90°  (bras le long du corps,  le coude fléchi à 90°) | **40°** | 40° | 40° | 40° | 40° |
| Extension (rétropulsion) | **40°** | 40° | 40° | 40° | 40° |
| Adduction | **20°** | 20° | 20° | 20° | 20° |

**DISCUSSION**

**Diagnostic**

**Date ou période prévisible de consolidation de la lésion**

**Nature, nécessité, suffisance ou durée des soins ou traitements administrés ou prescrits**

**CONCLUSION**

**1- DIAGNOSTIC**

**2- DATE OU PÉRIODE PRÉVISIBLE DE CONSOLIDATION DE LA LÉSION**

**3-** **NATURE, NÉCESSITÉ, SUFFISANCE OU DURÉE DES SOINS OU TRAITEMENTS ADMINISTRÉS OU PRESCRITS**

{id\_doctor\_name}, M.D.

Chirurgien orthopédiste

KF/ar

c.c. : - Employeur - Professionnel de la santé désigné

- Médecin qui a charge - Travailleuse