

À remplir uniquement par les médecins ou les infirmières ou infirmiers praticiens

Avis aux professionnels de la santé réglementés – Veuillez utiliser ce formulaire dans les cas suivants :

- un patient qui demande des prestations pour stress professionnel dans le cadre du régime d'assurance de la CSPAAT, ou
- les situations où vous croyez que le stress de votre patient est relié au travail.

Veuillez informer votre patient qu'une demande peut seulement être présentée par :

- le patient, qui peut remplir et soumettre le formulaire 6, *Avis de lésion ou de maladie (travailleur)*, ou le *Formulaire 6 en ligne*, ou encore, en appelant au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000 (ATS : 1-800-387-0050) pour parler avec un représentant de la CSPAAT, OU
- son employeur, qui peut soumettre le formulaire 7, *Avis de lésion ou de maladie (employeur)*, ou le *Formulaire 7 en ligne*.

Aux termes de l'article 37 de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, les professionnels de la santé, les hôpitaux et les établissements de santé doivent soumettre, sans le consentement du travailleur qui demande des prestations, des renseignements le concernant à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Après avoir rempli ce formulaire :

Fournissez seulement une copie de la page deux à votre patient pour qu'il la remette à son employeur.

Veuillez envoyer les pages un et deux à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Veuillez noter :

Pour la consultation initiale du patient, SEULS les honoraires pour le formulaire CMS8 seront payés. Des honoraires ne seront pas payés pour le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* (DCF) s'il est rempli le même jour.

Télécopier au :

416-344-4684 or 1-888-313-7373

Où envoyer à la :

Commission de la sécurité professionnelle et de
l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

A. Renseignements sur le patient et l'employeur (le patient doit remplir la section A)			
Nom de famille	Prénom	Initiale	Sexe H F
Adresse (numéro, rue, app.)		Ville	Prov. Code postal
Téléphone	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Langue Anglais Français Autre	
Employeur	Nom du superviseur ou de la personne-ressource	Téléphone	
Adresse de l'employeur		Titre de poste ou profession du patient	
La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) recueille les renseignements vous concernant pour l'application et l'exécution de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou sans frais au 1-800-387-0750.			

B. Section générale	
1. Votre patient vous a-t-il indiqué que son trouble psychologique était causé par son travail? Date à laquelle votre patient a obtenu les premiers soins médicaux pour son trouble psychologique _____ Date de l'apparition des symptômes/signes(jj/mmm/aaaa) _____	Oui Non
2. Votre patient continue-t-il de présenter le trouble psychologique? Si Non, indiquez la date des derniers symptômes ou de la disparition des symptômes (jj/mmm/aaaa) _____	Oui Non
3. D'après vous, de quelle(s) situation(s) reliée(s) au travail découle le trouble psychologique déclaré? Veuillez expliquer	

C. Renseignements cliniques	
1. Consignez le diagnostic et les critères relatifs au diagnostic selon le DSM, si satisfaits. Diagnostic (fournissez le diagnostic selon le DSM, le cas échéant) : _____ Critères relatifs au diagnostic selon le DSM, si satisfaits : _____	
2. Savez-vous s'il existe des troubles psychologiques préexistants ou concomitants, ou d'autres facteurs pertinents ou contributifs? Si Oui, veuillez les décrire brièvement (p. ex. : diagnostic, date d'apparition, traitement précédent si connu) : _____	

D. Plan de traitement
1. Quel est le plan de traitement (notamment le type de traitement, la durée, les médicaments prescrits et toute orientation recommandée)?

E. Facturation			
Désignation du professionnel de la santé Médecin Infirmière ou infirmier praticiens Autre		Code de service 8CMS	N° de fournisseur de la CSPAAT
N° d'inscription à la TVH	Montant de TVH facturé (s'il y a lieu)	Code de service ONHST	Votre n° de facture
Nom du professionnel de la santé		Adresse	Téléphone Télécopieur

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez vous assurer de fournir uniquement une copie de la présente page au patient.

Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date à laquelle votre patient a obtenu les premiers soins médicaux pour son trouble psychologique (jj/mmm/aaaa)	

F. Renseignements sur le retour au travail – Doit être rempli par un professionnel de la santé

Lorsqu'une lésion ou maladie reliée au travail se produit, la meilleure pratique consiste en un retour aux activités normales, y compris le retour à un travail sécuritaire et approprié.

1. Votre patient a-t-il interrompu le travail en raison de son trouble psychologique? Oui Non
Si Non, passez à la question 4.

2. Si votre patient ne travaille pas,

A. Ce patient peut reprendre ses tâches habituelles. Date de début (jj/mmm/aaaa) _____
Veuillez préciser si un horaire graduel est requis : _____

B. Ce patient peut commencer des tâches modifiées. Date de début (jj/mmm/aaaa) _____
Veuillez préciser si un horaire graduel est requis : _____

C. Ce patient est incapable de travailler en raison de son trouble psychologique.
Veuillez fournir une explication :

Quelles sont les mesures à mettre en place pour permettre à votre patient de reprendre tout travail que ce soit? Veuillez les énumérer :

3. Concernant le trouble psychologique de votre patient, veuillez décrire les capacités fonctionnelles de ce dernier afin de faciliter les adaptations de travail.

- A. Pleines capacités fonctionnelles; aucune adaptation requise.
- B. Patient atteint de déficiences fonctionnelles (plan social, professionnel ou autre); adaptations requises. Veuillez fournir une description :
- C. Autres limitations. Veuillez fournir une description :

4. Prochain rendez-vous de suivi de votre patient Date du prochain rendez-vous (jj/mmm/aaaa)
Aucun nécessaire Au besoin Rendez-vous fixé; veuillez en indiquer la date.

Nom du professionnel de la santé	Adresse	
Signature du professionnel de la santé	Téléphone	Date du service (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

G. Signature du travailleur

En signant ci-dessous, j'autorise le professionnel de la santé qui me traite, mentionné ci-dessus, à fournir à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles. Je comprends que mon professionnel de la santé enverra une copie à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.