

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Renseignements sur le patient			
Nom de famille	Prénom	Initiales	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Sexe H      F	
Date du premier traitement du travailleur (jj/mmm/aa)	Date de l'évaluation sur laquelle le présent rapport est fondé (jj/mmm/aa)		

**Avis au chiropraticien :**

- Les traitements de chiropractie ne seront pas payés au-delà de 12 semaines, à moins que la CSPAAT n'en autorise la prolongation au préalable.
- Pour assurer la continuité des traitements, le présent document doit être rempli au complet et soumis à la CSPAAT **au moins quatre semaines** avant la fin de la période de traitement de 12 semaines.
- L'article 37 de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* vous autorise à divulguer ces renseignements à la CSPAAT.

Diagnostic évoqué	Le diagnostic initial a-t-il changé? <span style="float: right;">Oui    Non</span> Si <b>oui</b> , quel est le nouveau diagnostic évoqué?
Sommaire du cas ou traitement jusqu'à présent	Résultats du traitement jusqu'à présent (p. ex., degré d'amélioration, effets sur les activités de la vie quotidienne, etc.) :
Le travailleur a-t-il interrompu son travail en raison de l'accident? <span style="float: right;">Oui    Non</span>	Le travailleur a-t-il repris son travail régulier? <span style="float: right;">Oui    Non</span>
	Le travailleur est-il retourné à un travail modifié? <span style="float: right;">Oui    Non</span>

Bilan actuel	Résultats prévus après d'autres traitements
Symptômes actuels et constatations à l'examen (amplitude articulaire, épreuve neurologique, etc.) :	Amélioration prévue compte tenu des constatations et limitations à l'examen :
Limitations fonctionnelles actuelles :	Prévoyez-vous un rétablissement complet? <span style="float: right;">Oui    Non</span> Si <b>oui</b> , indiquez la date approximative .....
Facteurs retardant le rétablissement :	Durée des traitements requis : Date de début : (jj/mmm/aa) ..... Date de fin : (jj/mmm/aa) ..... Fréquence prévue de tout autre traitement :
Le travailleur bénéficierait-il d'une évaluation médicale multidisciplinaire? <span style="float: right;">Oui    Non</span>	

Renseignements sur le chiropraticien			
Nom du chiropraticien	Clinique		
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Signature		Date (jj/mmm/aa)

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.

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.