

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	Initiale(s)	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Téléphone	Sexe H                  F	

Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Télécopieur	Date de l'accident (jj/mmm/aaaa)	

1. Date de l'évaluation initiale (jj/mmm/aaaa)	Nom du professionnel de la santé traitant		
2. Description de la lésion fournie par le patient			
3. Signes cliniques			
4. Diagnostic évoqué			
5. Le travailleur requiert-il des traitements?	Oui	Non	Si <b>oui</b> , décrivez les objectifs du traitement et indiquez la durée et la fréquence approximatives des traitements.
6. Description du programme de traitement proposé	Le travailleur est-il apte à travailler pendant son programme de traitement?		Oui    Non
7. Y a-t-il des restrictions physiques que le travailleur devrait respecter?	Oui	Non	Si <b>oui</b> , précisez lesquelles.
8. Le travailleur devrait-il se rétablir complètement?	Oui	Non	Si <b>oui</b> , indiquez la date approximative de son rétablissement.
9. Décrivez tous les facteurs (y compris les troubles préexistants ou sous-jacents) qui pourraient retarder le rétablissement du travailleur.			

Nom du physiothérapeute		Code de service <b>P970</b>		
Adresse		N° de fournisseur à la CSPAAT		
Ville		<b>Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.</b>		
Province	Code postal	Téléphone	N° d'inscription à la TVH	Code de service    Montant de TVH facturé
		<b>ONHST</b>		
Signature du physiothérapeute		Date (jj/mmm/aaaa)	Date du service (jj/mmm/aaaa)	
		Votre numéro de facture		
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.