

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

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. Veuillez répondre à toutes les questions en écrivant à l'encre noire ou en dactylographiant et retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au (416) 344-4684 ou au 1-888-313-7373.

Nom du travailleur	Date de l'incident (jj/mmm/aaaa)
--------------------	----------------------------------

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. La plupart des travailleurs qui subissent une lésion des tissus mous sont en mesure de rester au travail.

Renseignements sur le retour au travail																																													
1.	Ce travailleur peut reprendre ses activités normales.	Date de début (jj/mmm/aaaa)	Y a-t-il lieu d'augmenter les heures graduellement? Si oui, précisez.																																										
	Ce travailleur peut accomplir des activités modifiées.	Date de début (jj/mmm/aaaa)	Y a-t-il lieu d'augmenter les heures graduellement? Si oui, précisez.																																										
<p>La douleur ne devrait pas être la seule raison d'une restriction médicale. Y a-t-il une autre raison pour laquelle le travailleur ne peut pas retourner au travail en ce moment?</p> <p>Veuillez fournir les détails et la date prévue de retour au travail :</p>																																													
<p>2. Veuillez indiquer les capacités fonctionnelles du travailleur en fonction de la lésion professionnelle.</p> <p>A. Capacités fonctionnelles complètes</p> <p>B. Quelques capacités fonctionnelles</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Apte</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Inapte</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Apte</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Inapte</td> </tr> <tr> <td>Flexion/Torsion</td> <td></td> <td></td> <td>Pousser/Tirer</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monter</td> <td></td> <td></td> <td>Rester assis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S'agenouiller</td> <td></td> <td></td> <td>Se tenir debout</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Soulever</td> <td></td> <td></td> <td>Utilisation du transport en commun</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Opération de machinerie lourde</td> <td></td> <td></td> <td>Utilisation des membres supérieurs</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Conduite d'un véhicule automobile</td> <td></td> <td></td> <td>Marcher</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Autres restrictions en raison de : Conditions environnementales Médicaments Utilisation d'équipement de protection</p> <p>Autres commentaires sur les capacités (p. ex. répétitions maximales, poids maximal, temps maximal à considérer)</p>					Apte	Inapte		Apte	Inapte	Flexion/Torsion			Pousser/Tirer			Monter			Rester assis			S'agenouiller			Se tenir debout			Soulever			Utilisation du transport en commun			Opération de machinerie lourde			Utilisation des membres supérieurs			Conduite d'un véhicule automobile			Marcher		
	Apte	Inapte		Apte	Inapte																																								
Flexion/Torsion			Pousser/Tirer																																										
Monter			Rester assis																																										
S'agenouiller			Se tenir debout																																										
Soulever			Utilisation du transport en commun																																										
Opération de machinerie lourde			Utilisation des membres supérieurs																																										
Conduite d'un véhicule automobile			Marcher																																										

Renseignements cliniques et plan de traitement				
3. Veuillez indiquer les changements dans l'état du patient depuis la dernière visite.	S'est rétabli	S'améliore	S'est aggravé	Aucun changement
Si l'état du patient s'est aggravé, veuillez fournir les détails sur l'état du patient :				
4. Diagnostic actuel.				
5. Existe-t-il un état préexistant ou tout autre trouble ou facteur qui a une incidence sur le retour au travail ou le rétablissement?			Oui	Non
Si oui, veuillez précisez (p. ex. trouble psychosocial, médicaments).				
6. Pronostic - Veuillez cocher l'un des choix suivants :				
<input type="checkbox"/> Tout à fait rétabli. <input type="checkbox"/> Partiellement rétabli, continue de s'améliorer. Ne sait pas s'il y aura rétablissement complet.				
<input type="checkbox"/> Partiellement rétabli, rétablissement complet prévu dans environ _____ semaines. <input type="checkbox"/> Un rétablissement complet n'est pas prévu.				
7. Quel est le plan de traitement actuel (type de traitement, interventions, durée)?				

Section sur la facturation					
Désignation du professionnel de la santé	Chiropraticien	Médecin	Physiothérapeute	Code de service 26M	N° de fournisseur à 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	Date du service	
Nom du professionnel de la santé			Adresse		
Signature du professionnel de la santé			Téléphone	Télécopieur	
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 si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.