

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.

Date de la lésion ou de l'accident initial

Nom du patient

jj mm aa

Date du service

Date de la récurrence ou nouvelle lésion

1. Fournissez l'historique de la récurrence ou nouvelle lésion du patient en fonction de son état relié au travail.

2. Avez-vous déjà évalué ou traité ce patient pour cet état entre le _____ et le _____ ? Oui Non
Si **oui**, indiquez les dates du traitement.

3. Entre le _____ et le _____, le patient a-t-il consulté un autre professionnel de la santé? Oui Non Ne sais pas
Si **oui**, fournissez les noms et dates (si connues).

4. Depuis le _____, y a-t-il eu d'autres lésions qui ont un effet sur l'état relié au travail de votre patient? Oui Non
Si **oui**, précisez.

5. Du _____ au _____, avez-vous continué de prescrire des médicaments ou des appareils et accessoires fonctionnels ou orthèses à votre patient? Oui Non
Si **oui**, précisez.

6. a) Plaintes ou symptômes actuels du patient (p. ex., douleur, enflure, faiblesse, etc.)	b) Signes cliniques/physiques (p. ex., crépitation, atrophie, amplitude articulaire, etc.)
--	--

7. Diagnostic actuel/évoqués

8. Y a-t-il des facteurs de complication qui pourraient avoir un effet sur le rétablissement et le retour au travail de votre patient? Oui Non
Si **oui**, précisez.

9. Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions liées aux tâches en fonction du diagnostic. Si vous remplissez un formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles* de la WSIB en même temps que le présent formulaire, vous n'avez pas à inclure les renseignements demandés aux points 9 et 10.

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|
| <p>A) Aucune restriction</p> <p>B) Restrictions
(tel qu'indiqué)</p> <p>C) Autre
(explication requise)</p> | <div style="font-size: 2em;">[</div> | <p>Se tenir debout</p> <p>Rester assis</p> <p>Soulever</p> <p>Flexion/torsion</p> <p>S'agenouiller</p> | <p>Monter des escaliers/échelles</p> <p>Utilisation des membres supérieurs</p> <p>Opération de machinerie lourde</p> <p>Restrictions dues aux conditions environnementales</p> <p>Équipement de protection personnelle</p> | <p>Utilisation du transport en commun</p> <p>Conduite d'un véhicule automobile</p> <p>Médicaments</p> <p>Autre :</p> |
|---|--------------------------------------|--|--|--|

Explication ou précisions :

*Avez-vous discuté avec votre patient d'un retour au travail? Oui Non

10. À partir de la date de la présente évaluation, les restrictions liées aux tâches s'appliqueront pendant environ :

1 ou 2 jours 3 à 7 jours 1 sem. 2 sem. 3 sem. ou +

11. Prochain rendez-vous : aucun requis <1 sem. 1 sem. 2 sem. 3 sem. ou +

Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la WSIB. Je déclare que les renseignements soumis sont véridiques et complets.

Chiropraticien	Médecin	Physiothérapeute	Infirmière autorisée (catégorie avancée)	Code de service
Nom du professionnel de la santé				N° d'inscription à la TVH

Adresse (n°, rue, app.)	Code de service
-------------------------	-----------------

Montant de TVH facturé	\$
------------------------	----

Ville	Prov.	Code postal	Téléphone	Télécopieur	N° de fournisseur à la WSIB
-------	-------	-------------	-----------	-------------	-----------------------------

Signature du professionnel de la santé (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à téléverser)	Date (jj/mm/aa)	Votre numéro de facture
--	-----------------	-------------------------

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibilite@wsib.on.ca.