

## **Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire**

**Les professionnels de la santé doivent utiliser ce formulaire SEULEMENT lorsqu'un employeur ou un travailleur le demande.**

**Ce formulaire a pour but de déterminer les capacités fonctionnelles globales de votre patient et d'établir des restrictions de travail qui lui permettront de retourner au travail dans un emploi approprié.**

**Veillez remplir et retourner promptement les pages 2 et 3 du présent formulaire au travailleur ou à l'employeur pour aider les parties du lieu de travail à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.**

**ASSUREZ-VOUS QUE LES RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION NE SONT PAS REMIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.**

### **Autorisation de divulguer des renseignements**

Le paragraphe 37 (3) de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* confère aux professionnels de la santé le pouvoir de soumettre à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), au travailleur blessé et à l'employeur les renseignements prescrits concernant les capacités fonctionnelles du travailleur.

Pour remplir ce formulaire, écrivez à l'**encre noire** en **caractères d'imprimerie**.

Le travailleur ou l'employeur doit remplir les sections A et B du présent formulaire. Au besoin, aidez votre patient à les remplir. Veuillez soumettre le présent formulaire même si la section A n'est pas remplie au complet.

Vous trouverez des renseignements concernant vos responsabilités à la **page 4**.

La CSPAAT verse des honoraires aux professionnels de la santé qui remplissent le formulaire.

**Envoyer à :**

**Commission de la sécurité professionnelle  
et de l'assurance contre les accidents du travail**

200, rue Front Ouest  
Toronto ON M5V 3J1

**OU**

**télécopier au :**

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

La forme masculine utilisée dans ce document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.



**Vous trouverez un guide sur la façon de remplir ce formulaire à [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca)**

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

N° de dossier
---------------

**A. Section A – à remplir par l'employeur ou le travailleur**

Nom de famille du travailleur	Prénom	Téléphone	
Adresse (n°, rue, app.)	Ville	Province	Code postal

Nom de l'employeur		
Adresse au complet (n°, rue, app.)		
Ville	Prov.	Code postal

Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Date de l'accident/ où vous avez eu connaissance de la maladie (jj/mm/aaaa)
Téléphone (employeur)
Télécopieur (employeur)

1. Genre d'emploi au moment de l'accident (si possible, veuillez joindre la description des tâches)	Siège(s) de lésion ou maladie
2. Le travailleur et l'employeur ont-ils discuté du retour au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si non, ils en discuteront le jj mm aaaa
3. Personne-ressource de l'employeur	Poste

**B. Signature du travailleur**

En signant ci-dessous, j'autorise tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi une copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la CSPAAT, sur lequel il aura indiqué les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.


Signature	Date jj mm aaaa
-----------	-----------------

**C. Facturation des professionnels de la santé**

Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT.

Désignation du professionnel de la santé  
 Chiropraticien  Médecin  Physiothérapeute  Infirmière autorisée (catégorie avancée)  Autre

**LES RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION DU FOURNISSEUR FIGURANT EN GRAS DANS LA SECTION C NE DOIVENT PAS ÊTRE FOURNIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.**

Êtes-vous inscrit auprès de la CSPAAT? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Entrez votre <b>numéro de fournisseur à la CSPAAT</b> dans la case prévue à cette fin.  Composez le <b>1-800-569-7919</b> pour vous inscrire.	N° de fournisseur à la CSPAAT		
	Votre numéro de facture		
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	Code de service <b>FAF</b>		
Adresse (n°, rue, app.)	▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique pour ce formulaire. ▼ N° d'inscription à la TVH   Code de service   Montant de TVH facturé		
	ONHST   \$		
Ville	Province	Code postal	Télécopieur

**Par la présente, je déclare que les renseignements soumis dans les sections C, D, E et F du présent formulaire sont véridiques et complets. Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la CSPAAT.**

Signature du professionnel de la santé	Téléphone	Date jj mm aaaa
--	-----------	-----------------

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

Nom de famille du travailleur	Prénom	N° de dossier
-------------------------------	--------	---------------

**D. Cette section doit être remplie par le professionnel de la santé afin d'établir les capacités et les restrictions globales du patient.**

<b>1.</b> Date de l'évaluation jj mm aaaa	<b>2. Cochez une seule case :</b> <input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail <b>sans restrictions.</b>	<input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail <b>en respectant des restrictions.</b> Remplissez les sections <b>E et F.</b>	<input type="checkbox"/> Le patient est physiquement incapable de retourner au travail pour le moment. Remplissez la section <b>F.</b>
--	--	---	--

**E. Capacités ou restrictions**

**1. Veuillez indiquer les capacités qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.**

<b>Marcher :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Rester debout :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Rester assis :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Soulever des charges du sol à la taille :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
<b>Soulever des charges de la taille aux épaules :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Monter des escaliers :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> De 5 à 10 marches <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Grimper aux échelles :</b> <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> De 1 à 3 échelons <input type="checkbox"/> De 4 à 6 échelons <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<b>Se rendre au travail :</b> Peut utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut conduire une voiture <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**2. Veuillez indiquer les restrictions qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.**

<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif de flexion ou torsion au niveau de (précisez) :	<input type="checkbox"/> Travail au niveau des épaules ou au-dessus de ce niveau :	<input type="checkbox"/> Exposition aux produits chimiques (précisez) :	<input type="checkbox"/> Exposition environnementale à (p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	<input type="checkbox"/> Usage limité de la main : <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 5px;">Gauche</td> <td style="width:50%; padding: 5px;">Droite</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Empoigner</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Pincer</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Autre (précisez)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Gauche	Droite	<input type="checkbox"/> Empoigner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pincer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>
Gauche	Droite											
<input type="checkbox"/> Empoigner	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> Pincer	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> Poussée ou traction limitée avec : <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement motorisé : (p. ex., chariot élévateur à fourche)	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) : Ne fournissez pas le nom des médicaments.	<input type="checkbox"/> Exposition à des vibrations : <input type="checkbox"/> Personne globale <input type="checkbox"/> Mains ou bras									

**3. Autres commentaires sur les capacités ou restrictions.**

---



---



---

<b>4. À partir de la date de la présente évaluation, les indications fournies ci-dessus s'appliqueront pendant environ :</b> <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours <input type="checkbox"/> 3 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> 14 jours ou plus	<b>5. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>6. Recommandations portant sur les heures de travail et la date de début :</b>	<input type="checkbox"/> Heures de travail régulières <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Heures augmentées graduellement	Date de début    jj    mm    aaaa

**F. Date de la prochaine consultation**

Date recommandée pour la prochaine consultation afin d'examiner les **capacités ou restrictions.**    ▶    jj    mm    aaaa

**J'ai fourni à la personne suivante le présent formulaire Détermination des capacités fonctionnelles dûment rempli :**     **Travailleur**    ou     **Employeur**

## Renseignements importants

Pour recevoir des prestations, le travailleur doit présenter une demande dans les six mois suivant la date de la lésion ou maladie professionnelle. Lorsqu'il présente une telle demande, le travailleur doit également consentir à ce que soient divulgués à son employeur les renseignements fournis par un professionnel de la santé concernant ses capacités fonctionnelles. La divulgation de ces renseignements a pour seul but de faciliter un retour au travail rapide et sécuritaire. Le travailleur qui ne présente pas une demande de prestations ou qui ne donne pas son consentement à la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles peut se voir refuser le droit à des prestations.

Si vous avez des questions concernant la façon de remplir le présent formulaire, composez le 1-800-387-0750.

### Responsabilités du travailleur

- Le présent formulaire doit être rempli par le professionnel de la santé qui vous traite. Celui-ci discutera avec vous des renseignements qu'il doit recueillir.
- Lorsque le formulaire sera dûment rempli, communiquez **immédiatement** avec votre employeur pour prendre connaissance des renseignements qu'il contient. Ensemble, votre employeur et vous commencerez à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.

### Responsabilités de l'employeur

- Le présent formulaire fournit des renseignements généraux concernant les capacités fonctionnelles et les restrictions du travailleur pour vous aider à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Lorsque vous fournissez le présent formulaire au professionnel de la santé traitant, veuillez vous assurer d'avoir le consentement écrit du travailleur (section B) pour la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles.
- Si possible, joignez également une description des tâches du travailleur pour aider le professionnel de la santé à remplir le formulaire.
- Le formulaire élaboré par la CSPAAT est un formulaire générique qui a pour but de vous aider à obtenir des renseignements généraux sur les capacités fonctionnelles.
- La CSPAAT versera uniquement des honoraires au professionnel de la santé qui remplit le formulaire générique de la CSPAAT. Les frais reliés au coût de chaque formulaire rempli figureront sur votre relevé des coûts d'accidents ou votre facture de l'annexe 2.
- Si vous disposez d'un formulaire qui a été préparé spécialement pour votre lieu de travail et que le travailleur consent à ce que les renseignements fournis sur un tel formulaire vous soient divulgués, vous pouvez le fournir au professionnel de la santé. Si vous créez votre propre formulaire, vous devez payer le professionnel de la santé directement.
- N'envoyez pas de copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* dûment rempli à la CSPAAT. C'est le professionnel de la santé qui doit nous le faire parvenir.

### Responsabilités du professionnel de la santé

- L'employeur et le travailleur utiliseront les renseignements fournis dans le présent formulaire pour planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Le programme de retour au travail reflètera les capacités fonctionnelles et les restrictions que vous aurez notées et présumera qu'il n'existe aucune contre-indication clinique concernant d'autres tâches reliées au travail. Par conséquent, il est essentiel que vous remplissiez toutes les sections au complet.
- Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont basés sur votre examen du travailleur. Une évaluation spécialisée des capacités fonctionnelles n'est pas nécessaire.
- Vous **ne devez pas** inclure de renseignements diagnostiques ou confidentiels.
- Veuillez ajouter des précisions sur la durée des restrictions temporaires ou sur la durée maximale des tâches ou des charges maximales dans la partie **3** de la section **E**, intitulée **Capacités ou restrictions**. Au besoin, joignez une feuille au présent formulaire pour décrire les capacités et les restrictions.
- **Le fait de remplir le présent formulaire ne remplace aucunement les exigences à respecter envers la CSPAAT en matière de déclaration clinique.**
- **Lorsque vous recevez le présent formulaire, remplissez-le promptement et remettez-le au travailleur ou à l'employeur.**
- **Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT. Lorsque vous envoyez une télécopie du formulaire, n'en envoyez pas une copie par la poste.**

**Sur réception des pages 2 et 3 du présent formulaire, la CSPAAT paiera le professionnel de la santé qui l'a rempli.**

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

**Télécopieur de la CSPAAT :**  
416-344-4684  
ou 1-888-313-7373