

Date d'envoi	jj mm aaaa
--------------	------------

Numéro de dossier

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

Nom de famille	Prénom	Télécopieur ()
Nom de l'établissement (le cas échéant)		
Adresse	Ville	Province Code postal Téléphone ()

Renseignements sur le patient

Nom de famille	Prénom	Date de naissance	jj mm aaaa
Siège(s) de lésion		Date de l'accident	jj mm aaaa

Renseignements sur la santé demandés

Pour nous aider à évaluer et traiter la demande de prestations de votre patient, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

	Du	Au
	jj mm aaaa	jj mm aaaa
1. <input type="checkbox"/> Les signes cliniques subjectifs et objectifs.		
2. <input type="checkbox"/> Les tests diagnostiques et les rapports en découlant (p. ex., radiographies, examen d'IRM).		
3. <input type="checkbox"/> Les rapports de spécialistes (y compris les protocoles opératoires).		
4. <input type="checkbox"/> Le traitement et les résultats.		
5. <input type="checkbox"/> Le traitement envisagé et le pronostic.		
6. <input type="checkbox"/> Les précautions fonctionnelles détaillées pour un retour au travail rapide, pour cette lésion reliée au travail.		
7. <input type="checkbox"/> Les antécédents de troubles préexistants connexes et leur traitement ainsi que la date de la dernière consultation avant la date de l'accident.		
8. <input type="checkbox"/> L'amplitude articulaire de :		
9. <input type="checkbox"/> Les médicaments actuels et la posologie prescrite.		
10. <input type="checkbox"/> Autre :		

Commentaires

--

Renseignements sur le demandeur

Nom de famille	Prénom	Téléphone ()
Titre		

Facturation des fournisseurs

C pour chiropraticien ou chiropraticienne	M pour médecin ▶	Code de service	Préfixe ▶	649
Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fautive à la CSPAAT. Je déclare par la présente que les renseignements soumis sont véridiques et complets.		N° de fournisseur à la CSPAAT (Entrez les 9 caractères)		
		Votre n° de facture		
Signature du fournisseur		N° d'inscription à la TVH		
Date du service		Montant de TVH facturé		

Note de non-divulgarion et autorité législative :

Les renseignements contenus dans la présente télécopie sont privilégiés et confidentiels et peuvent contenir des renseignements personnels pouvant être assujettis aux dispositions concernant la protection de la vie privée de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ces renseignements ne doivent pas être distribués, copiés ou divulgués à des personnes non autorisées et sont uniquement destinés à la personne nommée ci-dessus et à toute autre personne expressément autorisée à les recevoir. Si vous avez reçu cet envoi par erreur ou que vous constatez un problème de transmission, veuillez en informer l'expéditeur ou l'expéditrice par téléphone immédiatement.

L'article 37 de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* prévoit ce qui suit : « Le praticien de la santé qui fournit des soins de santé à un travailleur qui demande des prestations dans le cadre du régime d'assurance, ou qui est consulté au sujet des soins de santé de ce dernier, donne promptement à la Commission les renseignements que celle-ci exige en ce qui concerne le travailleur. »

L'alinéa 43 (1) h) de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* permet à un dépositaire de renseignements sur la santé de divulguer des renseignements personnels sur la santé sans le consentement du particulier si la divulgation est autorisée ou exigée par la loi, notamment par l'article 37 de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*.