

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 WSIB. 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.

Numéro de dossier

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. _____

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?
Veuillez fournir les détails et la date prévue de retour au travail : _____

2. Veuillez indiquer les capacités fonctionnelles du travailleur en fonction de la lésion professionnelle.

A. Capacités fonctionnelles complètes

B. Quelques capacités fonctionnelles

	Apte	Inapte		Apte	Inapte
Flexion/Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pousser/Tirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rester assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation du transport en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération de machinerie lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilisation des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite d'un véhicule automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres restrictions en raison de : Conditions environnementales Médicaments Utilisation d'équipement de protection

Autres commentaires sur les capacités (p. ex. répétitions maximales, poids maximal, temps maximal à considérer) _____

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 :
 Tout à fait rétabli. Partiellement rétabli, continue de s'améliorer.
 Partiellement rétabli, rétablissement complet prévu dans environ _____ semaines. Ne sait pas s'il y aura rétablissement complet.
 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 <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée (catégorie avancée)		Code de service	N° de fournisseur à la WSIB					
N° d'inscription à la TVH	Montant de TVH facturé (s'il y a lieu)	Code de service	Votre n° de facture		Date du service	jj	mmm	aaaa
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)		Adresse						
Signature du professionnel de la santé		Téléphone		Télécopieur				