



N° de dossier #####	Bureau #####	N° d'attribution ###
------------------------	-----------------	-------------------------

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 et retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au (416) 344-4684 ou au 1-888-313-7373.

Date de la lésion ou de l'accident initial #####

Nom du patient #####	Date du service jj mm aa	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 sait 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, raideur, faiblesse, etc.) b.) Signes cliniques/physiques (p. ex., crépitation, atrophie, amplitude articulaire, etc.)

7. Diagnostic actuel/évoqué

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 CSPAAT en même temps que le présent formulaire, vous n'avez pas à inclure les renseignements demandés aux points 9 et 10.

A. <input type="checkbox"/> Aucune restriction	<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Monter des escaliers/échelles	<input type="checkbox"/> Utilisation du transport en commun
B. <input type="checkbox"/> Restrictions (tel qu'indiqué)	<input type="checkbox"/> Rester assis	<input type="checkbox"/> Utilisation des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule automobile
C. <input type="checkbox"/> Autre (explication requise)	<input type="checkbox"/> Soulever	<input type="checkbox"/> Opération de machinerie lourde	<input type="checkbox"/> Médicaments
Explication ou précisions :	<input type="checkbox"/> Flexion/Torsion	<input type="checkbox"/> Restrictions dues aux conditions environnementales	<input type="checkbox"/> Autre _____
	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/> Équipement de protection personnelle	

*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 fautive ou trompeuse à la CSPAAT. Je déclare que les renseignements soumis sont véridiques et complets.

Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Infirmière autorisée (catégorie avancée)

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)				Code de service 8R	
Adresse (n°, rue, app.)				▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique pour ce formulaire. ▼	
Ville		Prov.	Code postal	Téléphone	N° de fournisseur à la CSPAAT
Signature du professionnel de la santé		Date (jj/mm/aa)	Télécopieur	N° d'inscription à la TVH	
				Code de service	Montant de TVH facturé
				ONHST	\$
				Votre numéro de facture	