Veillez remplir ce formulaire et le remettre à l'adresse indiquée sur la dernière page.

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille				Prénom			
Adresse postale (avec code postal)				Communauté		Téléphone (avec indicatif régional)	
Employeur				Profession du travailleur			
Date de la blessure	MM	JJ	AAAA	Date de naissance	MM	JJ	AAAA

Renseignements sur le professionnel de la santé

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)				Adresse (avec code postal)			
Téléphone (avec indicatif régional)							
Date de l'examen	MM	JJ	AAAA				

Constatations subjectives/objectives

Y a-t-il des changements dans le diagnostic? ☐ Oui (veuillez expliquer) ☐ Non
Description des plaintes subjectives.
Description des conclusions objectives et des résultats de laboratoire ou de radiographie.
Programme de traitement et médicaments :

Enquête

Recommander à un spécialiste? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, est-ce que vous vous en chargez? ☐ Oui ☐ Non	Type de spécialiste			
Date de la visite de suivi	MM	JJ	AAAA	Si les capacités du travailleur ont changé de manière significative, remplir la partie Capacités fonctionnelles au verso et en fournir une copie au travailleur.	Consulter un conseiller médical de la CSTIT? ☐ Oui ☐ Non
Facteurs compliquant le rétablissement ☐ Oui (veuillez expliquer) ☐ Non					
Pour _____					

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour appliquer la législation en vertu des pouvoirs dont elle dispose, notamment les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*, les *Lois sur la sécurité* ou les *Lois sur la santé et la sécurité dans les mines* et leurs règlements connexes, ainsi que pour communiquer avec vous relativement aux exigences prévues par la législation correspondante.

J'atteste par la présente que ce qui précède constitue une constatation fidèle des services que j'ai fournis personnellement.

Signature du médecin _____

Date | _____ | _____ | _____

Capacités fonctionnelles

Nom de famille du travailleur	Prénom	Numéro de la réclamation
-------------------------------	--------	--------------------------

Évaluez les capacités et les limitations globales du travailleur.

A. Capacités et limitations

1. Veuillez indiquer les **capacités** qui s'appliquent. Donner plus de détails dans la section 3.

Marcher ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 100 mètres ☐ 100 à 200 mètres ☐ Autre (veuillez préciser)	Rester debout ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 15 minutes ☐ 15 à 30 minutes ☐ Autre (veuillez préciser)	Assis ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 30 minutes ☐ 30 minutes à 1 heure ☐ Autre (veuillez préciser)	Soulever du sol jusqu'à la taille ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 5 kilos ☐ 5 à 10 kilos ☐ Autre (veuillez préciser)
Soulever de la taille jusqu'aux épaules ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 5 kilos ☐ 5 à 10 kilos ☐ Autre (veuillez préciser)	Monter les escaliers ☐ Pleine capacité ☐ Jusqu'à 5 marches ☐ 5 à 10 marches ☐ Autre (veuillez préciser)	Monter une échelle ☐ Pleine capacité ☐ 1 à 3 marches ☐ 4 à 6 marches ☐ Autre (veuillez préciser)	

2. Veuillez indiquer les **limitations** qui s'appliquent. Donner plus de détails dans la section 3.

☐ Plier, tordre mouvement répétitif de : (veuillez préciser)	☐ Travail à la hauteur ou au-dessus des épaules :	☐ Exposition à un/des produit(s) chimique(s) :	☐ Exposition environnementale à : (p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeur)	☐ Usage limité des mains <table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td></td> <td>Droite</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Saisir</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Pincer</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Autre (veuillez préciser)</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Gauche		Droite	☐	Saisir	☐	☐	Pincer	☐	☐	Autre (veuillez préciser)	☐
Gauche		Droite														
☐	Saisir	☐														
☐	Pincer	☐														
☐	Autre (veuillez préciser)	☐														
☐ Capacité limitée à pousser ou à tirer avec : ☐ Le bras gauche ☐ Le bras droit ☐ Autre (veuillez préciser)	☐ Utiliser un équipement motorisé : (p. ex., chariot-élévateur)	☐ Effets secondaires possibles des médicaments (veuillez préciser). Ne pas citer les médicaments.	☐ Exposition à des vibrations : ☐ Tout le corps ☐ La main ou le bras													

3. Commentaires supplémentaires sur les **capacités et les limitations**.

4. À partir de la date de cette évaluation, tout ce qui précède reste en vigueur pendant environ :
 1 à 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours Plus de 14 jours

5. Avez-vous discuté du retour au travail avec l'intéressé?
 Oui Non

6. Recommandation pour les heures de travail et la date de retour au travail : Régulier à temps plein Horaire modifié Horaire progressif
 Date de début : MM | JJ | AAAA Veuillez préciser : Veuillez préciser :

B. Date du prochain rendez-vous

Date recommandée du prochain rendez-vous pour examiner les capacités et les limitations . MM JJ AAAA

J'ai remis une copie de ce formulaire dûment rempli sur les capacités fonctionnelles au travailleur :

Oui Non Date: MM | JJ | AAAA

Signature du médecin : _____

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
 Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
 Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca