

Rapport médical - Blessures aux yeux

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE REMETTRE À L'ADRESSE INDIQUÉE SUR LA DERNIÈRE PAGE.

Numéro de dossier à la CSTIT	Fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)
------------------------------	--

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille		Prénom	
Adresse postale (inclure le code postal)		Communauté	Téléphone (inclure l'indicatif régional)
Adresse résidentielle		Date de naissance	AA MM JJ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Nom de l'employeur		Numéro d'assurance sociale	Emploi du travailleur
Partie du corps blessée		Date de la blessure	AA MM JJ Date de l'examen

1. Voulez-vous qu'un médecin de la CSTIT communique avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Qui a administré le premier traitement?		3. Date du premier traitement administré au patient AA MM JJ
4. Quel œil a été blessé? <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux		
5. Acuité visuelle (lors du premier examen et avant le traitement)		Œil droit Œil gauche
6. À quelle cause le travailleur attribue-t-il sa blessure?		
7. Résultats de l'examen (après l'administration de la fluorescéine, indiquez l'emplacement et la gravité de la blessure sur le schéma ci-dessous)		
<p style="text-align: center;">DROIT - FOND D'ŒIL - GAUCHE</p>		
8. Traitement		
9. Y a-t-il la moindre preuve d'une maladie ou d'une blessure antérieure à l'un ou l'autre œil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez des précisions.		
10. Prévoyez-vous des complications? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez des explications.		
11. Une invalidité permanente est-elle probable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12. Capacités de travail actuelles <input type="checkbox"/> Apte aux tâches normales de travail <input type="checkbox"/> Incapable d'exécuter des tâches normales de travail		
Date de reprise des tâches normales de travail AA MM JJ		
<input type="checkbox"/> Capable d'exécuter des tâches modifiées (voir les catégories au verso) <input type="checkbox"/> Limitées <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes		
Durée des tâches modifiées <input type="checkbox"/> 1 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 21 jours <input type="checkbox"/> plus		
Date de début des tâches modifiées AA MM JJ		
13. L'hospitalisation est-elle nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, nom de l'hôpital		

Signature du professionnel de soins de santé _____ Date _____
 J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés sont une description fidèle des services que j'ai personnellement administrés.

Nom du travailleur

Numéro de dossier

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

Nom du fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)	Numéro de facturation du fournisseur de la CSTIT Code – honoraires _____ Soumis _____ Code – honoraires _____ Soumis _____ Frais – formulaire de rapport _____ Soumis _____ TOTAL _____ \$		
Téléphone (inclure l'indicatif régional)			
Adresse (inclure le code postal)			
Date de l'examen	AA	MM	JJ

Signature du fournisseur de soins de santé _____ Date _____

J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés sont une description fidèle des services que j'ai personnellement administrés.

RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Extraits des *Lois sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Rapport du pourvoyeur | 25. (1) Le pourvoyeur de soins de santé qui examine ou traite un travailleur dans le cadre de la de soins de santé présente loi présente un rapport à la Commission. |
| Contenu du rapport et délai | (2) Le rapport doit contenir les renseignements exigés par la Commission et lui être présenté de présentation dans les trois jours suivant l'examen ou le traitement. |
| Responsabilité de l'établissement | (3) Si le pourvoyeur de soins de santé visé au paragraphe (1) est employé par un établissement de soins de santé de soins de santé, ce dernier doit veiller au respect des modalités de présentation du rapport prévues au présent article. |
| Communication de | 30. La Commission peut exiger d'un demandeur, d'un employeur ou d'un pourvoyeur de soins renseignements de santé qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité. |

Extrait des Règlements généraux de la *Loi sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- 7.2 Le pourvoyeur de soins de santé qui ne fournit pas l'information demandée en vertu de l'article 30 des Lois est passible d'une amende de 250 \$ en vertu du paragraphe 141(2).

CAPACITÉS DE TRAVAIL

Référence : *Classification nationale des professions*

Limitées

Les activités de travail incluent la manipulation de charges ne dépassant pas 5 kg, par exemple :

- l'examen et l'analyse d'information financière;
- la vente de polices d'assurance à des clients;
- la conduite d'études économiques et de faisabilité.

Légères

Les activités de travail incluent la manipulation de charges supérieures à 5 kg, mais ne dépassant pas 10 kg, par exemple :

- la réparation de semelles, de talons et d'autres parties de chaussures;
- la classification de documents dans des tiroirs, des classeurs et des boîtes d'entreposage;
- la préparation de repas.

Moyennes

Les activités de travail incluent la manipulation de charges allant de 10 kg à 20 kg, par exemple :

- l'installation et l'exploitation de matériel de finition ou la finition de meubles à la main;
- le fait de mesurer, de couper et de poser du papier peint sur les murs;
- le réglage, le remplacement et la réparation de composantes mécaniques ou électriques au moyen d'outils à main et d'équipement.

Lourdes

Les activités de travail incluent la manipulation de charges pesant plus de 20 kg, par exemple :

- l'exploitation et l'entretien d'équipement de pont et l'exécution d'autres tâches de pont à bord d'un navire;
- le fait de pelleter du ciment et autres matériaux dans les mélangeurs à ciment et d'exécuter d'autres activités visant à aider à l'entretien et la réparation des routes;
- le fait de mesurer, de couper et de lever des panneaux de cloison sèche à être installées sur les murs et les plafonds.

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.

Siège social : Case postale 8888 • Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : 867-873-4596
Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

Case postale 669 • Iqaluit NU X0A 0H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : 867-979-8501
Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca