

Rapport de blessure à la main

VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO.

Numéro de dossier à la CSTIT

Renseignements sur le travailleur

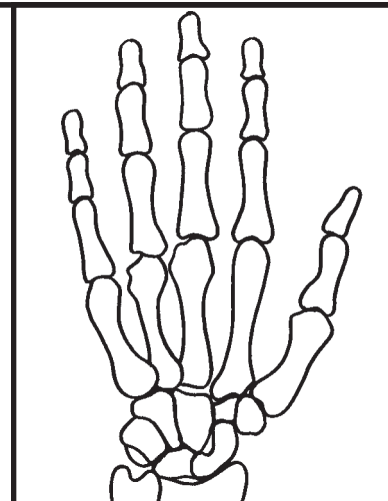
Nom de famille		Prénom						
Adresse postale (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)		
Adresse résidentielle			Date de naissance		AA	MM	JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de l'employeur			Numéro d'assurance sociale			Profession du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

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 _____				
Téléphone (inclure l'indicatif régional)				Code – d'honoraires _____ Soumis _____				
Adresse (inclure le code postal)				Code – d'honoraires _____ Soumis _____				
				Frais – du formulaire de rapport _____ Soumis _____				
				TOTAL _____ \$				
Date de la blessure	AA	MM	JJ	Date de l'examen	AA	MM	JJ	

1. Quelle main est blessée? Droite Gauche
 Quelle est la **main dominante**? Droite Gauche
 Indiquez les **anomalies antérieures** à la main **droite**, s'il y a lieu.

 Indiquez les **anomalies antérieures** à la main **gauche**, s'il y a lieu.



2. **AMPUTATION** – Veuillez indiquer, au moyen de lignes droites (« – ») dans le schéma ci-contre, l'emplacement et l'orientation d'une amputation découlant d'un accident du travail.
3. **ARTICULATIONS À MOBILITÉ RESTREINTE** – Dans le schéma ci-contre, veuillez inscrire un « O » sur les articulations présentant une **ankylose** (perte totale de mouvement) à cause de l'accident et un « X » sur les articulations ayant subi une **mobilité réduite permanente** du fait de l'accident.
4. **FLEXION ET EXTENSION DES ARTICULATIONS BLESSÉES** – Pour chaque articulation blessée, veuillez indiquer en degrés, dans les colonnes ci-dessous, la position de flexion maximale par rapport à un doigt bien tendu (a) et le manque d'extension (b). En cas d'ankylose, indiquez à quel endroit elle se trouve. **Voir les explications au verso.**

MAIN BLESSÉE

		Doigt			Pouce		
		MCP/Prox.	AIP/2 ^e	AID/Dist.	MCP/Prox.	IP/2 ^e	
Auriculaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Position de flexion maximale°°
	Manque d'extension°°°		Manque d'extension°
Annulaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°		Complète	Restreinte
	Manque d'extension°°°			
Majeur	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Abduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manque d'extension°°°		Adduction	<input type="checkbox"/>
Index	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Opposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manque d'extension°°°			

(Cochez une case.)

5. Veuillez indiquer toute autre déficience et faire des remarques sur la fonctionnalité de la main (prise, rotation de poignet, sensation, intégrité des ligaments, etc.).
6. Quelles sont les autres améliorations attendues?

7. **FLEXION ET EXTENSION DES ARTICULATIONS DE LA MAIN NON BLESSÉE** – Pour chaque articulation blessée, veuillez indiquer en degrés, dans les colonnes ci-dessous, la position de flexion maximale d'un doigt droit (a) et le manque d'extension (b). En cas d'ankylose, indiquez à quel endroit elle se trouve. *Voir les explications ci-dessous.*

MAIN NON BLESSÉE	Doigt			Pouce		
	MCP/Prox.	AIP/2 ^e	AID/Dist.	MCP/Prox.	IP/2 ^e	
Auriculaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	Position de flexion maximale°°
	Manque d'extension°°		Manque d'extension°
Annulaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°		Complète	Restreinte
	Manque d'extension	.....°	.....°		<i>(Cochez une case.)</i>	
Majeur	Position de flexion maximale	.....°	.....°	Abduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manque d'extension	.....°	.....°	Adduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Index	Position de flexion maximale	.....°	.....°	Opposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manque d'extension°°			

Signature du fournisseur de soins de santé _____ Date _____

J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés décrivent fidèlement les services que j'ai personnellement administrés.

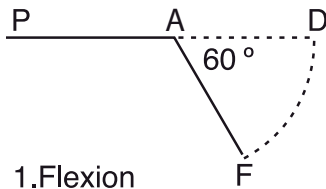
Méthode de description de la flexion et de l'extension des articulations blessées

Il est difficile de concevoir une méthode simple et efficace qui montre la réduction de flexion et d'extension des articulations des doigts. Le principal obstacle a été la description de l'extension. Après avoir attentivement étudié la question, nous avons décidé de prendre en compte les degrés de manque d'extension, au lieu des degrés de l'angle contenu dans l'extension possible.

La flexion et l'extension doivent être décrites par l'arc ou à l'angle produit par rapport à l'extrémité distale d'un doigt normal bien tendu.

Gardez à l'esprit que ce qui est toujours requis est la position de flexion et d'extension maximales à partir desquelles l'amplitude du mouvement est déduite (par soustraction), ou en cas d'ankylose, la position de cette ankylose.

1. Flexion



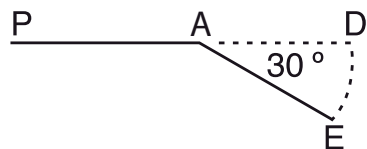
1. Flexion

Dans l'exemple ci-dessus, disons que **PAD** représentent un doigt bien tendu, **P** signifie proximal, **D** signifie distal et **A** désigne l'articulation blessée.

Dans le premier schéma, disons que **FA** représente la position de flexion maximale volontaire. Si l'angle de **FAD** équivaut à 60°, la position de flexion maximale équivaut à 60°.

Dans le second schéma, disons que **EA** représente la position de l'extension maximale volontaire. Si l'angle **EAD** est de 30°, le manque d'extension équivaut à 30°.

2. Extension



Si la flexion en angle droit est possible sans manque d'extension, la position de flexion maximale équivaudra à 90° et le manque d'extension équivaudra à 0°. S'il y a une ankylose dans la position représentée dans le premier schéma, la position de plus grande flexion équivaudra à 60° et le manque d'extension à 60°, tel que décrit auparavant.

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour appliquer la législation conformément aux pouvoirs qui lui sont conférés, 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.

REMARQUE À L'INTENTION DES FOURNISSEURS :

Nous payons uniquement les factures originales. Les factures envoyées par télécopieur ou les copies de factures ne seront pas payées.

À USAGE INTERNE SEULEMENT

Fournisseur :	N° DP :	Code de facturation :	Entré par :	Date :	Autorisé par :	Date :
---------------	---------	-----------------------	-------------	--------	----------------	--------

Siège social : C.P. 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

ou

C.P. 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

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca