

Rapport d'évolution du psychologue

Veillez remplir et retourner ce formulaire, accompagné de votre facture, à l'adresse indiquée au verso.

Renseignements sur le travailleur

Nom		Prénom	
Adresse postale (y compris le code postal)		Numéro de demande d'indemnisation	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)
Employeur		Poste du travailleur	
Date de la blessure	MM JJ AA	Date de naissance	MM JJ AA Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

Renseignements sur le ou la psychologue

Nom, inscription et numéro de permis (en caractères d'imprimerie)	
Numéro de téléphone (y compris le code régional)	Adresse (y compris le code postal)
Date du service	MM JJ AA

Traitement et évolution

Nombre de séances terminées <input type="text"/>
Objectifs du traitement (par ordre de priorité décroissant)
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
Décrivez les modalités de traitement et/ou les interventions utilisées.
Décrivez les progrès réalisés depuis le dernier rapport à la CSTIT.

Nom du travailleur	Prénom	Numéro d'indemnisation
--------------------	--------	------------------------

Planification du retour au travail :

Le travailleur est-il prêt à retourner au travail? Oui Non S.O. *Dans la négative, quels sont les obstacles psychologiques?*

Traitement proposé

Le travailleur a-t-il besoin de traitement psychologique supplémentaire? Oui Non
Si oui, combien de séances supplémentaires sont-elles demandées?

Décrivez le plan de traitement (modalités proposées et fréquence des séances)

Date de la prochaine visite MM | JJ | AA |

Existe-t-il des facteurs qui pourraient compliquer le rétablissement? (*p. ex. un trouble préexistant*) Oui Non *Si oui, veuillez expliquer.*

J'atteste par la présente que les renseignements fournis ci-dessus correspondent aux services que j'ai personnellement offerts.

Signature du/de la psychologue _____ Date _____ MM / JJ / AA

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 : nwtclaimsservices@wscn.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 : nuclaimsservices@wscn.nu.ca

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca