

# Rapport psychiatrique/ psychologique initial

**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 l'indicatif régional)	Adresse (y compris le code postal)
Date du service MM   JJ   AA	

## Subjectif

Problème énoncé
Antécédents pertinents – veuillez noter les problèmes antérieurs ou actuels non liés à l'accident et pouvant influencer sur le rétablissement.

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

Formulation clinique ou diagnostic (si le travailleur ne correspond qu'à certains critères de diagnostic, veuillez l'indiquer [sous-clinique]).

Principaux objectifs de traitement

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Plan de traitement – veuillez indiquer le nombre et la fréquence des séances prévues.

Y a-t-il des obstacles psychologiques au retour au travail?  Oui  Non (Si oui, veuillez expliquer.)

**Objectif**

Résultats des tests (nom des tests, preuve de la validité des résultats, interprétations sommaires).

Le travailleur peut-il retourner au travail sans restrictions?  Oui  Non

*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