

Première évaluation – Formulaire A

Date de l'évaluation	AAAA	MM	JJ
----------------------	------	----	----

N° de demande d'indemnisation à la CSTIT
--

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille	Prénom	Autres initiales	Date de naissance	AAAA	MM	JJ
Médecin de famille	Date de l'incident	AAAA	MM	JJ	Le patient travaille-t-il? Travail prélesionnel <input type="checkbox"/> Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Renseignements sur le fournisseur

Nom de l'établissement de santé	N° de permis de l'intervenant de la santé
Intervenant de la santé	Téléphone
	Télécopie

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur	Personne-ressource	L'employeur a-t-il été contacté? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Titre de poste du travailleur	Une description de tâches est-elle disponible? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Les tâches modifiées sont-elles possibles? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Évaluation de la blessure

Diagnostic du conseiller médical (préciser la partie du corps)							
Entorse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de la première visite	AAAA	MM	JJ	Date de rétablissement prévu selon le conseiller médical		
Constatations subjectives			Constatations objectives				
Formulaire C – Rapport sur les capacités fonctionnelles? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi?							
Existe-il des facteurs qui affectent la période de rétablissement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :							
Retour au travail		AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ
<input type="checkbox"/> Tâches modifiées à partir de			<input type="checkbox"/> Travail prélesionnel à partir de				
Une conférence de cas requis? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				Documents supplémentaires en pièce jointe Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Appariement de l'emploi

Travail prélesionnel Sédentaire <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Lourd <input type="checkbox"/> Très lourd <input type="checkbox"/>
Capacité actuelle de travail Sédentaire <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Lourd <input type="checkbox"/> Très lourd <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>
Tâches modifiées Sédentaires <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes <input type="checkbox"/> Très lourdes <input type="checkbox"/>

Plan de traitement collaboratif

Objectifs	Modalités	Période recommandée			
		De	AAAA	MM	JJ
		À	AAAA	MM	JJ
		De	AAAA	MM	JJ
		À	AAAA	MM	JJ
		De	AAAA	MM	JJ
		À	AAAA	MM	JJ
Demandes / Recommandations					

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. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables soient mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

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

ou

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

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca