

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

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille		Prénom	
Adresse postale (avec code postal)		Communauté	Téléphone (avec indicatif régional)
Employeur		Profession du travailleur	
Date de la blessure	MM JJ AA	Date de naissance	MM JJ AA Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Renseignements sur le professionnel de la santé

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)		Adresse (avec code postal)	
Téléphone (avec indicatif régional)			
Date de l'examen	MM JJ AA	Heure	

Constatacion subjective

Description du travailleur de ses blessures.
Description des plaintes.

Constatacion objective

Description des conclusions objectives , y compris les résultats du diagnostic.	
Diagnostic :	
Programme de traitement et médicaments :	
Y a-t-il un plan de suivi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de la visite de suivi MM JJ AA
Y a-t-il des facteurs qui pourraient compliquer le rétablissement? (p. ex., une maladie préexistante) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, veuillez expliquer, en y joignant les détails le cas échéant.</i>	
Le travailleur est-il apte à reprendre le travail sans aucune restriction? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si non, remplir la partie Capacités fonctionnelles au verso.

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour l'administration des lois sur les accidents du travail, des lois sur la sécurité et/ou des lois sur la santé et la sécurité dans les mines, ainsi que les règlements connexes.

J'atteste par la présente que ce qui précède constitue une constatation fidèle des services que j'ai fournis personnellement.

Signature du médecin _____ Date _____

