

Évaluation du syndrome de vibration des avant-bras

REPLISSEZ LE FORMULAIRE ET
ENVOYEZ-LE À L'ADRESSE FIGURANT
AU VERSO. ÉCRIVEZ LISIBLEMENT.

Numéro de dossier à la CSIT :	Nom du fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie) :
-------------------------------	--

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 :		Occupation du travailleur :	

<p>ÉVALUATION VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE</p> <p>Symptômes? (réactivité vasculaire, fréquence, durée, sites anatomiques)</p> <p>Résultats cliniques? (pouls, couleur, changements trophiques, œdème)</p>	<p>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS</p> <p>1) Maladie(s) concomitante(s) avec séquelles vasculaires, neurologiques ou musculosquelettiques?</p>
	<p>2) Tabagisme? Actuel ou passé?</p>
<p>ÉVALUATION NEUROLOGIQUE PÉRIPHÉRIQUE</p> <p>Symptômes? (qualité, fréquence, durée, distribution anatomique)</p> <p>Résultats cliniques? (tests des habiletés motrices et sensorielles, réflexes)</p>	<p>3) Médicaments actuels et/ou remèdes à base de plantes médicinales?</p>
	<p>4) Antécédents familiaux de la maladie de Raynaud?</p>
<p>ÉVALUATION DES TISSUS ET DE LA PEAU DES EXTRÉMITÉS MUSCULOSQUELETTIQUES</p> <p>Symptômes? (puissance, couleur de la peau, température)</p> <p>Résultats cliniques? (amplitude des mouvements, atrophie, œdème)</p>	<p>5) Exposition à des vibrations dans des milieux non professionnels?</p>

Nom du travailleur :	Numéro de dossier à la CSIT :
----------------------	-------------------------------

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 CSIT		
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	Code – honoraires _____	Soumis _____	
Adresse (inclure le code postal) :	Code – honoraires _____	Soumis _____	
	Frais – Formulaire de rapport _____	Soumis _____	
	TOTAL _____		\$
	Date de l'examen : AA	MM	JJ

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.

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.

RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Extraits des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut :

- | | | |
|---|---------|---|
| Rapport du pourvoyeur | 25. (1) | Le pourvoyeur de soins de santé qui examine ou traite un travailleur dans le cadre de la présente loi présente un rapport à la Commission. |
| Contenu du rapport et délai de présentation | (2) | Le rapport doit contenir les renseignements exigés par la Commission et lui être présenté dans les trois jours suivant l'examen ou le traitement. |
| Responsabilité de l'établissement de soins de santé | (3) | Si le pourvoyeur de soins de santé visé au paragraphe (1) est employé par un établissement de soins de santé, ce dernier doit veiller au respect des modalités de présentation du rapport prévues au présent article. |
| Communication de renseignements | 30. | La Commission peut exiger d'un demandeur, d'un employeur ou d'un pourvoyeur de soins qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité. |

Extrait du Règlement général sur l'indemnisation des travailleurs des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut :

- 7.2 Le pourvoyeur de soins de santé qui ne fournit pas l'information demandée en vertu de l'article 30 des Lois est passible d'une amende de 250 \$ en vertu du paragraphe 141(2).

À L'USAGE DU BUREAU

Fournisseur :	N° de demande de proposition :	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) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501

www.wscn.nt.ca • www.wscn.nu.ca