

Avis de physiothérapie et d'ergothérapie

| | | | |
|---|-------------------|---|-----------|
| Numéro de dossier à la CSIT | | Numéro d'assurance sociale du travailleur | |
| Nom de la clinique | | | |
| Nom du patient | | Prénom du patient | Initiales |
| Adresse | | Ville | Province |
| Code postal | Date de naissance | AA | MM |
| JJ | Médecin orienteur | Date de la recommandation du médecin | AA |
| MM | JJ | Durée prévue du traitement | Semaines |
| Date du début de la physiothérapie ou de l'ergothérapie | AA | MM | JJ |
| Diagnostic de physiothérapie ou d'ergothérapie | | | |

CONSTAT DE L'ÉVALUATION ET TRAITEMENT INITIAL

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Existe-t-il un autre état qui peut entraver ou retarder le retour au travail du travailler ou gêner le traitement ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Assiduité | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Conformité | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | | |
| Le patient doit-il s'absenter du travail ? | | Le patient est-il rentré au travail ? | Horaire modifié/temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

| | | | | |
|--|--|--|------------|------------|
| Objectifs (p. ex. demeurer au travail; surmonter les restrictions) | | Temps estimatif requis, en semaines, pour atteindre les objectifs | | |
| | | 1-3 | 3-5 | 5-7 |
| | | | | |

| | | | | |
|---|----|--|---|--|
| ADRESSE DE LA CLINIQUE OU DE L'HÔPITAL PRIVÉ | | PHYSIOTHÉRAPEUTE / ERGOTHÉRAPEUTE | | |
| | | Signature | | |
| | | Nom (écrire en caractère d'imprimerie) | | |
| AA | MM | JJ | Numéro de téléphone (indiquer le code régional) | |
| | | | | |

PHYSIOTHÉRAPIE ET ERGOTHÉRAPIE

Conditions relatives au traitement

Le médecin traitant du travailleur peut diriger celui-ci directement vers un programme ou service approuvé de physiothérapie ou d'ergothérapie pour un traitement pouvant aller jusqu'à six semaines. Les demandes de prolongation d'un traitement, faites par le médecin, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, doivent être approuvées par la CSIT.

L'approbation de la CSIT est également requise pour :

- un traitement recommandé dans une clinique ou autre centre reconnu par la CSIT;
- un traitement administré au domicile du travailleur; et (ou)
- si plus d'un traitement est administré par jour.

Un traitement de physiothérapie ou d'ergothérapie peut être recommandé pour des raisons d'entretien même après que l'état médical du travailleur s'est stabilisé et que l'invalidité permanente a été établie. La CSIT peut approuver jusqu'à six semaines de traitement par année lorsque le traitement est recommandé par un médecin traitant.

RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Extraits des *Lois sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

| | | |
|---|---------|---|
| Rapport du pourvoyeur de soins de santé | 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 de santé qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité. |

Extrait des Règlements généraux de la Loi sur les accidents du travail 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). |
|-----|--|

Siège social : CP 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais : 1-866-277-3677

ou

CP 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopie sans frais : 1-866-979-8501

www.wsc.nu.ca • www.wsc.nt.ca