

Veillez remplir ce formulaire et le remettre à l'adresse indiquée sur la dernière page.

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	AAAA	Date de naissance	MM	JJ	AAAA	Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> X

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	AAAA				

Constatation subjective

Description du travailleur de ses blessures.
Description des plaintes.

Constatation 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	AAAA
Y a-t-il des facteurs qui pourraient compliquer le rétablissement? (<i>p. ex., une maladie préexistante</i>)				<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 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.

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

Signature du médecin _____

Date |_____| |_____| |_____|

