

# Rapport d'évolution du psychologue

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

## Renseignements sur le travailleur

Nom				Prénom			
Adresse postale (y compris le code postal)				Numéro de demande d'indemnisation		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	
Employeur				Poste du travailleur			
Date de la blessure	MM	JJ	AAAA	Date de naissance	MM	JJ	AAAA

## Renseignements sur le ou la psychologue

Nom, inscription et numéro de permis (en caractères d'imprimerie)							
Numéro de téléphone (y compris le code régional)				Adresse (y compris le code postal)			
Date du service	MM	JJ	AAAA				

## Traitement et évolution

Nombre de séances terminées <input type="text"/>
Objectifs du traitement (par ordre de priorité décroissant)
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
Décrivez les modalités de traitement et/ou les interventions utilisées.
Décrivez les progrès réalisés depuis le dernier rapport à la CSTIT.

Nom du travailleur	Prénom	Numéro d'indemnisation
--------------------	--------	------------------------

**Planification du retour au travail :**

Le travailleur est-il prêt à retourner au travail?  Oui  Non  S.O. *Dans la négative, quels sont les obstacles psychologiques?*

**Traitement proposé**

Le travailleur a-t-il besoin de traitement psychologique supplémentaire?  Oui  Non  
*Si oui, combien de séances supplémentaires sont-elles demandées?*

Décrivez le plan de traitement (modalités proposées et fréquence des séances)

Date de la prochaine visite    MM    JJ    AAAA

Existe-t-il des facteurs qui pourraient compliquer le rétablissement? (*p. ex. un trouble préexistant*)  Oui  Non *Si oui, veuillez expliquer.*

*J'atteste par la présente que les renseignements fournis ci-dessus correspondent aux services que j'ai personnellement offerts.*

Signature du/de la psychologue \_\_\_\_\_ Date 

MM	JJ	AAAA
----	----	------

**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.**

**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**