

# Physiothérapie / Ergothérapie

## Rapport d'étape – Formulaire B

N° de demande d'indemnisation à la CSTIT

### Renseignements sur le travailleur

Nom de famille			Prénom			Autres initiales			Date de naissance			AAAA	MM	JJ			
Date de la blessure			AAAA	MM	JJ	Le patient travaille-t-il?											
			Oui <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>			Si oui, préciser : Tâches modifiées <input type="checkbox"/>						Travail prélesionnel <input type="checkbox"/>		
Une conférence de cas de prévue?			Date			AAAA	MM	JJ									
Oui <input type="checkbox"/>									Non <input type="checkbox"/> Raison :								

### Résumé

Date de réévaluation/actuelle			AAAA	MM	JJ	Nombre de traitements			Évolution générale des capacités											
									Amélioration <input type="checkbox"/>						Aucun changement <input type="checkbox"/>			Détérioration <input type="checkbox"/>		
Commentaires																				

### Renseignements sur le fournisseur

Nom de l'établissement de santé						N° de permis de l'intervenant de la santé											
Intervenant de la santé						Téléphone						Télécopie					

### Évaluation de la blessure

Diagnostic du conseiller médical (préciser la partie du corps)																																												
Changement de diagnostic						Entorse						Date de rétablissement prévu			AAAA	MM	JJ																											
Oui <input type="checkbox"/>						Non <input type="checkbox"/>						Oui <input type="checkbox"/>						Non <input type="checkbox"/>																										
Formulaire C – Rapport sur les capacités fonctionnelles?																																												
Oui <input type="checkbox"/>															Non <input type="checkbox"/>															Si non, pourquoi?														
Existe-il des facteurs qui affectent la période de rétablissement?																																												
Oui <input type="checkbox"/>															Non <input type="checkbox"/>																													
Retour au travail						AAAA	MM	JJ							AAAA	MM	JJ																											
<input type="checkbox"/>						Tâches modifiées à partir de						<input type="checkbox"/>						Travail prélesionnel à partir de																										

### Appariement de l'emploi

Travail prélesionnel																																																																																									
Sédentaire <input type="checkbox"/>															Léger <input type="checkbox"/>															Moyen <input type="checkbox"/>															Lourd <input type="checkbox"/>															Très lourd <input type="checkbox"/>																													
Capacité actuelle de travail																																																																																									
Sédentaire <input type="checkbox"/>															Léger <input type="checkbox"/>															Moyen <input type="checkbox"/>															Lourd <input type="checkbox"/>															Très lourd <input type="checkbox"/>															S/O <input type="checkbox"/>														
Tâches modifiées																																																																																									
Sédentaires <input type="checkbox"/>															Légères <input type="checkbox"/>															Moyennes <input type="checkbox"/>															Lourdes <input type="checkbox"/>															Très lourdes <input type="checkbox"/>																													

## Plan de traitement collaboratif

Objectifs / modalités	Objectifs d'évolution	Période recommandée
		De    AAAA         MM         JJ       À    AAAA         MM         JJ
		De    AAAA         MM         JJ       À    AAAA         MM         JJ
		De    AAAA         MM         JJ       À    AAAA         MM         JJ
Demandes / Recommandations		

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. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables soient mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

**Yellowknife** : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792  
Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

**Iqaluit** : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407  
Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca

**wscc.nt.ca • wscc.nu.ca**