

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 préélisionnel <input type="checkbox"/>						
Une conférence de cas de prévue? Date AAAA MM JJ			Non <input type="checkbox"/> Raison :						
Oui <input type="checkbox"/>									

Résumé

Date de réévaluation/actuelle AAAA MM JJ	Nombre de traitements	Évolution générale des capacités Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détioration <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 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Entorse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Date de rétablissement prévu AAAA MM JJ			
Formulaire C – Rapport sur les capacités fonctionnelles? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi?									
Existe-t-il des facteurs qui affectent la période de rétablissement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>									
Retour au travail <input type="checkbox"/> Tâches modifiées à partir de			AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/>	AAAA	MM	JJ
			Travail préélisionnel à partir de						

Appariement de l'emploi

Travail préélisionnel 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