

Rapport sur les capacités fonctionnelles – Formulaire C

| | | | |
|-------------------------------|------|----|----|
| Date de l'évaluation initiale | AAAA | MM | JJ |
|-------------------------------|------|----|----|

| |
|--|
| N° de demande d'indemnisation à la CSTIT |
|--|

Renseignements sur le travailleur

| | | | |
|--------------------|--------|------------------|-----------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Autres initiales | Lieu et nature de la lésion |
| Nom de l'employeur | | | |
| Personne-ressource | | Téléphone | |

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 des capacités physiques

| Unité Livres <input type="checkbox"/> Kilogrammes <input type="checkbox"/> | Période 1 | | | Période 2 | | | Période 3 | | | Période 4 | | | Exigences de travail prélésionnel | | |
|---|-----------|----------|----|-----------|----------|----|-----------|----------|----|-----------|----------|----|--------------------------------------|--|--|
| | AAAA | MM | JJ | Poids rapportés par : | | |
| Capacité Date de l'évaluation | | | | | | | | | | | | | Le travailleur L'employeur Autre | | |
| F = Fréquent (66 %) S = Sporadique (33 %) | F | S | | | | |
| Soulever des charges | | | | | | | | | | | | | | | |
| Au-dessus des épaules | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horizontal | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sol/Taille | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transporter des charges | | | | | | | | | | | | | | | |
| Main droite | | | | | | | | | | | | | | | |
| Main gauche | | | | | | | | | | | | | | | |
| Les deux mains | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pousser | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tirer | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tolérance | Durée rapportée par : | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|--|--|
| | T | C | T | C | T | C | T | C | T | C | | | |
| T = Témoignée C = Constatée | | | | | | | | | | | Le travailleur L'employeur Autre | | |
| Debout (minutes) | | | | | | | | | | | | | |
| Assis (minutes) | | | | | | | | | | | | | |
| Marcher (distance) | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Force de préhension | D = Droite | G = Gauche | D <input type="checkbox"/> | G <input type="checkbox"/> |
|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Évaluation des capacités physiques (continuation)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----|----|--|----|----|--|----|----|--|----|----|
| Autre tâches d'emploi importants | | | | | | | | | | | | |
| | Période 1 | | | Période 2 | | | Période 3 | | | Période 4 | | |
| | AAAA | MM | JJ |
| Capacité de travail P = Travail prélésionnel M = Tâches modifiées | P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | | P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | |
| Évolution fonctionnelle générale A = Amélioration S = Stable D = Détérioration | A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | | | A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | | | A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | | | A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | | |
| Initiales de l'évaluateur | | | | | | | | | | | | |
| Commentaires | | | | | | | | | | | | |

Plan de retour/présence au travail

(si tâches modifiées ont été sélectionnées ci-dessus)

| | |
|-----------|--|
| Période 1 | |
| Période 2 | |
| Période 3 | |
| Période 4 | |

Résultat final du retour au travail

(à remplir à la dernière visite)

| | | | | | |
|---|---|------|------|----|----|
| <input type="checkbox"/> Aucun temps perdu | <input type="checkbox"/> Travail prélésionnel | Date | AAAA | MM | JJ |
| <input type="checkbox"/> N'est pas retourné au travail (Préciser la raison) | <input type="checkbox"/> Approprié | Date | AAAA | MM | JJ |
| Date de la dernière visite | AAAA | MM | JJ | | |

c. c. : médecin traitant, employeur, CSTIT

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
Télé. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wsc.nu.ca

ou

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

wsc.nu.ca • wsc.nu.ca