

Tapez ou écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

Dossier n°

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Date de la lésion (jj/mm/aa)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Date de l'orientation (jj/mm/aa)	Date de l'évaluation (jj/mm/aa)		

Renseignements sur le centre d'évaluation régional (CÉR)

Type d'évaluation médicale multidisciplinaire (choisissez-en un)	<input type="checkbox"/> Niveau A	<input type="checkbox"/> Niveau B	<input type="checkbox"/> Niveau C	Rapport	<input type="checkbox"/> Provisoire	<input type="checkbox"/> Finale
Nom du CÉR		Adresse				

Renseignements cliniques

Diagnostic(s) évoqué(s)	* Pronostic	Semaines (s'il y a lieu)	Code ICD9			

*** Choix de catégorie de pronostic** (Choisissez-en un parmi les options pour chaque diagnostic) :

- 1 Tout à fait rétabli
- 2 Partiellement rétabli, aucune autre amélioration prévue
- 3 Partiellement rétabli, rétablissement complet prévu (indiquez le nombre de semaines dans la colonne ci-dessus)
- 4 Partiellement rétabli, un rétablissement complet n'est pas prévu, mais il pourrait continuer de s'améliorer (indiquez le nombre de semaines dans la colonne ci-dessus)

Une autre consultation ou épreuve diagnostique est-elle nécessaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , précisez.	Lieu de la consultation ou de l'épreuve diagnostique	Date (Si connue) (jj/mm/aa)
--	--	-----------------------------

Recommandations de traitement ou d'interventions, y compris la durée et les résultats prévus (veuillez préciser)

Restrictions médicales (activités qui doivent être évitées en raison de l'état actuel du patient pour que d'autres dommages ou troubles ne surviennent)

Restrictions concernant le retour au travail (tâches qui devraient être surveillées ou limitées)

Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fautive ou trompeuse à la CSPAAT. Je déclare par la présente que les renseignements soumis sont véridiques et complets.

Équipe d'évaluation médicale multidisciplinaire du CÉR

<input type="checkbox"/> Médecin-spécialiste	Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Physiothérapeute	Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date (jj/mm/aa)

Instructions pour le CÉR : Le CÉR fournira au travailleur une copie du rapport sommaire. Le CÉR doit fournir à la CSPAAT et au principal professionnel de la santé (si le travailleur y consent) une copie du rapport sommaire dans les deux jours ouvrables suivant l'évaluation.

La forme masculine utilisée dans ce document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.