



N° de dossier #####	Bureau #####	N° d'attribution ###
-------------------------------	------------------------	--------------------------------

L'article 37 de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail vous autorise à divulguer ces renseignements à la CSPAAT. Veuillez répondre à toutes les questions en écrivant à l'encre noire ou en dactylographiant et retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au (416) 344-4684 ou au 1-888-313-7373.

Nom du patient #####		Date de la lésion ou de l'accident initial #####	Date du service jj mm aa																					
1. a) Votre patient a-t-il signalé un changement de son état? Si oui , précisez.		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	b) Quel est l'état actuel du patient? <input type="checkbox"/> s'est rétabli <input type="checkbox"/> s'est amélioré <input type="checkbox"/> aucun changement <input type="checkbox"/> s'est détérioré																					
2. a) Plaintes ou symptômes actuels du patient (p. ex., douleur, raideur, faiblesse, etc.)		b) Signes cliniques/physiques (p. ex., crépitation, atrophie, amplitude articulaire, etc.)																						
3. Veuillez joindre des copies des résultats de toute investigation n'ayant pas été déclarés à la CSPAAT.																								
4. Diagnostic/diagnostic évoqué <input type="checkbox"/> Même que dans le rapport précédent <input type="checkbox"/> Nouveau ou autre diagnostic <input type="checkbox"/> Le cas échéant, veuillez préciser																								
5. a) Décrivez le plan de traitement actuel ou proposé (thérapie, etc.) et sa durée.		b) Énumérez tous les médicaments prescrits pour cette lésion.																						
6. Y-a-t-il eu de nouvelles orientations pour évaluation/traitement (p. ex., spécialiste, etc.) depuis le dernier rapport? Si oui , fournissez le nom du professionnel ou de l'établissement.		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Téléphone : _____ Date de la consultation (si connue) : _____ jj mm aa																					
7. La CSPAAT pourrait être en mesure d'accélérer une orientation vers un spécialiste à un centre d'évaluation régional ou à une clinique spécialisée.		Désirez-vous que la CSPAAT s'occupe de cette orientation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																						
8. Y-a-t-il des facteurs de complication qui pourraient avoir un effet sur le rétablissement et le retour au travail de votre patient? Si oui , précisez.		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																						
9. Prévoyez-vous des améliorations sur le plan clinique? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas		Si oui , indiquez dans quel délai.																						
10. Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions liées aux tâches en fonction du diagnostic. Si vous remplissez un formulaire <i>Détermination des capacités fonctionnelles</i> de la CSPAAT en même temps que le présent formulaire, vous n'avez pas à inclure les renseignements demandés aux points 10 et 11.																								
<table border="0"> <tr> <td>A. <input type="checkbox"/> Aucune restriction</td> <td><input type="checkbox"/> Se tenir debout</td> <td><input type="checkbox"/> Monter des escaliers/échelles</td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation du transport en commun</td> </tr> <tr> <td>B. <input type="checkbox"/> Restrictions (tel qu'indiqué)</td> <td><input type="checkbox"/> Rester assis</td> <td><input type="checkbox"/> Utilisation des membres supérieurs</td> <td><input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule automobile</td> </tr> <tr> <td>C. <input type="checkbox"/> Autre (explication requise)</td> <td><input type="checkbox"/> Soulever</td> <td><input type="checkbox"/> Opération de machinerie lourde</td> <td><input type="checkbox"/> Médicaments</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Flexion/Torsion</td> <td><input type="checkbox"/> Restrictions dues aux conditions environnementales</td> <td><input type="checkbox"/> Autre _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S'agenouiller</td> <td><input type="checkbox"/> Équipement de protection personnelle</td> <td></td> </tr> </table>					A. <input type="checkbox"/> Aucune restriction	<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Monter des escaliers/échelles	<input type="checkbox"/> Utilisation du transport en commun	B. <input type="checkbox"/> Restrictions (tel qu'indiqué)	<input type="checkbox"/> Rester assis	<input type="checkbox"/> Utilisation des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule automobile	C. <input type="checkbox"/> Autre (explication requise)	<input type="checkbox"/> Soulever	<input type="checkbox"/> Opération de machinerie lourde	<input type="checkbox"/> Médicaments		<input type="checkbox"/> Flexion/Torsion	<input type="checkbox"/> Restrictions dues aux conditions environnementales	<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/> Équipement de protection personnelle	
A. <input type="checkbox"/> Aucune restriction	<input type="checkbox"/> Se tenir debout	<input type="checkbox"/> Monter des escaliers/échelles	<input type="checkbox"/> Utilisation du transport en commun																					
B. <input type="checkbox"/> Restrictions (tel qu'indiqué)	<input type="checkbox"/> Rester assis	<input type="checkbox"/> Utilisation des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Conduite d'un véhicule automobile																					
C. <input type="checkbox"/> Autre (explication requise)	<input type="checkbox"/> Soulever	<input type="checkbox"/> Opération de machinerie lourde	<input type="checkbox"/> Médicaments																					
	<input type="checkbox"/> Flexion/Torsion	<input type="checkbox"/> Restrictions dues aux conditions environnementales	<input type="checkbox"/> Autre _____																					
	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/> Équipement de protection personnelle																						
Explication ou précisions : _____																								
*Avez-vous discuté avec votre patient d'un retour au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non																								
11. À partir de la date de la présente évaluation, les restrictions liées aux tâches ci-dessus s'appliqueront pendant environ : <input type="checkbox"/> < 1 sem. <input type="checkbox"/> 1 sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> 3 sem. <input type="checkbox"/> 4 sem. ou +																								
12. Prochain rendez-vous : <input type="checkbox"/> aucun requis <input type="checkbox"/> plan de traitement continu <input type="checkbox"/> < 1 sem. <input type="checkbox"/> 1 sem. <input type="checkbox"/> 2 sem. <input type="checkbox"/> 3 sem. <input type="checkbox"/> 4 sem. ou +																								
Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la CSPAAT. Je déclare par la présente que les renseignements soumis sont véridiques et complets.																								
<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée (catégorie avancée)			Code de service 26																					
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)			N° de fournisseur à la CSPAAT																					
Adresse (n°, rue, app.)			Votre numéro de facture																					
Ville	Prov.	Code postal	Téléphone																					
Signature	Date	jj mm aa	Télécopieur																					