

Numéro de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

**Renseignements sur le patient**

Nom de famille		Prénom		Initiales	
Adresse		Ville	Prov.	Code postal	
Téléphone		Date de naissance	(jj/mmm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Date du premier traitement du travailleur		(jj/mmm/aaaa)		Date de l'évaluation sur laquelle le présent rapport est fondé	
		(jj/mmm/aaaa)		(jj/mmm/aaaa)	

**Avis au physiothérapeute :**

- Les traitements de physiothérapie ne seront pas payés au-delà de 12 semaines, à moins que la CSPAAT n'en autorise la prolongation au préalable.
- Pour assurer la continuité des traitements, le présent document doit être rempli au complet et soumis à la CSPAAT au moins quatre semaines avant la fin de la période de traitement de 12 semaines.
- 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.

Diagnostic évoqué		Le diagnostic initial a-t-il changé? Si <b>oui</b> , quel est le nouveau diagnostic évoqué?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sommaire du cas ou traitement jusqu'à présent		Résultats du traitement jusqu'à présent (p. ex., degré d'amélioration, effets sur les activités de la vie quotidienne, etc.) :			
Le travailleur a-t-il interrompu son travail en raison de l'accident?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Le travailleur a-t-il repris son travail régulier?	
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Le travailleur est-il retourné à un travail modifié?	
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<b>Bilan actuel</b>			<b>Résultats prévus après d'autres traitements</b>		
Symptômes actuels et constatations à l'examen (amplitude articulaire, épreuve neurologique, etc.) :			Amélioration prévue compte tenu des constatations et limitations à l'examen :		
Limitations fonctionnelles actuelles :			Prévoyez-vous un rétablissement complet?		
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
			Si <b>oui</b> , indiquez la date approximative		
			(jj/mmm/aaaa)		
Facteurs retardant le rétablissement :			Durée des traitements requis :		
			(jj/mmm/aaaa)		
			Date de début :		
			(jj/mmm/aaaa)		
			Date de fin :		
			Fréquence prévue de tout autre traitement :		
<b>Le travailleur bénéficierait-il d'une évaluation médicale multidisciplinaire?</b>					
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					

**Renseignements sur le physiothérapeute**

Nom du physiothérapeute (en caractères d'imprimerie)		Clinique			
Adresse		Ville	Prov.	Code postal	
Téléphone		Signature		Date (jj/mmm/aaaa)	