

ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET À L'ENCRE NOIRE.

Renseignements généraux					
Entreprise n°		Date de l'examen jj / mmm / aaaa		N° de radiographie des Services de radiographie réglementaire de l'Ontario	
Nom de famille du travailleur		Prénom		Initiale du second prénom	N° de carte de pointage
Première année d'expérience	Date de naissance jj / mmm / aaaa	Sexe	N° de mineur		Lieu de naissance
Adresse du patient		Ville		Province	Code postal
Nom de l'entreprise			Division de		

Données sur l'emploi									
Du (jj/mm/aa)	au (jj/mm/aa)	Employeur	Lieu de travail	Profession	Industrie minière				Minerai
					Usine	Surface	Souterraine	À ciel ouvert	

Examen et autorisation de divulgation			
<p>En tant que médecin ayant procédé à l'examen du travailleur mentionné ci-dessus aux termes de la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i>, L.R.O. 1990, et/ou aux autres programmes de dépistage, je demande que les examens cliniques suivants soient effectués et que les résultats me soient communiqués.</p> <p><input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire (angiogramme pulmonaire) <input type="checkbox"/> Spirométrie d'expiration forcée</p> <p>Veillez envoyer la pellicule radiographique à :</p> <p>Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail Programme des Services de radiographie réglementaire de l'Ontario (SRRO) Programme des maladies professionnelles et des prestations de survivant 200, rue Front Ouest, 4^e étage Toronto ON M5V 3J1</p>			
Nom du médecin (caractères d'imprimerie s.v.p.)		Signature	
Adresse		Bureau	Code postal
Téléphone ()		Date (jj / mmm / aaaa)	Province
		Numéro d'enregistrement auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	

Cueillette de renseignements personnels
<p>Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i>, L.R.O. 1980, c. 321, par. 9 (3) pour l'inscription des travailleurs assujettis à un règlement concernant les substances désignées, telles l'amiante et la silice. Pour en savoir davantage sur la cueillette de ces renseignements, communiquez avec le coordonnateur de l'accès à l'information, 200, rue Simcoe Ouest, Toronto ON M5V 3J1, téléphone (416) 344-3132.</p>

Déclaration du travailleur		
Je consens à ce que les résultats des examens soient envoyés au médecin mentionné ci-dessus et à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.		
Signature du travailleur	Téléphone ()	Date (jj / mmm / aaaa)

FOR WSIB USE ONLY

I.L.O. Radiographic Code

Unremarkable (1) <input type="checkbox"/> U	Film Quality Grade (2) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> U/R	Position (3) <input type="checkbox"/> P Artifact (4) <input type="checkbox"/> A	Too Light (5) <input type="checkbox"/> L Too Dark <input type="checkbox"/> D Inadequate Inspiration <input type="checkbox"/> I
--	---	--	---

Small Opacities

Profusion (6)	0 / -	0 / 0	0 / 1	Zones (7)	R	L	Primary (8)	Shape/Size		Secondary (9)		
	1 / 0	1 / 1	1 / 2		<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> s		<input type="checkbox"/> p	<input type="checkbox"/> s
	2 / 1	2 / 2	2 / 3		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> q	<input type="checkbox"/> t		<input type="checkbox"/> q	<input type="checkbox"/> t
	3 / 2	3 / 3	3 / +		<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> L		<input type="checkbox"/> r	<input type="checkbox"/> u		<input type="checkbox"/> r	<input type="checkbox"/> u

Large Opacities

Size (10) **A** **B** **C**

Pleural Thickening

Diaphragm Plaque		Chest Wall Plaque				Chest Wall Diffuse									
(11)	<input type="checkbox"/> R	(12)	<input type="checkbox"/> L	R			L			R			L		
	Profile Width (15)		<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	(18)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	Profile Width (21)	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	(24)	<input type="checkbox"/> a
(13)	<input type="checkbox"/> R	(14)	<input type="checkbox"/> L	R			L			R			L		
	Profile Extent (16)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	(19)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Profile Extent (22)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	(25)	<input type="checkbox"/> 1
				R			L			R			L		
				R			L			R			L		
				R			L			R			L		

Pleural Calcification

Extent				Extent					
R				L					
Diaphragm	(27)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Diaphragm	(30)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wall	(28)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Wall	(31)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Other Sites	(29)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Other Sites	(32)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Other Symbols (Obligatory) - up to 5 entries

(33)	<input type="checkbox"/> ax	<input type="checkbox"/> bu	<input type="checkbox"/> ca	<input type="checkbox"/> cn	<input type="checkbox"/> co	<input type="checkbox"/> cp	<input type="checkbox"/> cv	<input type="checkbox"/> di	<input type="checkbox"/> ef	<input type="checkbox"/> em	<input type="checkbox"/> es	<input type="checkbox"/> fr	<input type="checkbox"/> hi	<input type="checkbox"/> ho	<input type="checkbox"/> id	<input type="checkbox"/> ih	<input type="checkbox"/> kl	<input type="checkbox"/> od	<input type="checkbox"/> pi	<input type="checkbox"/> px	<input type="checkbox"/> rp	
	<input type="checkbox"/> tb																					

Ontario Code (34)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comments (35) **C**

Film Reader's Code (36)