

Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

pour

les chiropraticiens les médecins les physiothérapeutes les infirmières et infirmiers autorisés (catégorie avancée)

Les professionnels de la santé doivent utiliser ce formulaire :

- lorsque le patient déclare qu'une lésion ou une maladie est reliée à son travail.
- lorsque le professionnel de la santé estime que la cause de la lésion ou de la maladie du patient est attribuable à des facteurs professionnels.

Aux termes de l'article 37 de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, les professionnels de la santé, les hôpitaux et les établissements de santé doivent soumettre, sans le consentement du travailleur qui demande des prestations, des renseignements le concernant à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Veillez remplir rapidement ce formulaire afin que nous puissions traiter et examiner sans tarder la demande de prestations de votre patient. Votre patient, l'employeur et la CSPAAT comptent sur vous.

Pour remplir ce rapport, écrivez à l' **encre noire** en **caractères d'imprimerie**.

Votre patient peut remplir la section A du présent rapport. Au besoin, aidez votre patient à le remplir. Veuillez soumettre le présent formulaire même si la section A n'est pas remplie au complet.

Vous trouverez à la **page 4** des renseignements sur la façon de remplir le présent rapport. Pour plus de détails, consultez les *Lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé – Comment remplir les formulaires de la CSPAAT*.

Veillez détacher les feuilles et envoyer les **pages 2 et 3** à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail :

Par télécopieur :

416-344-4684 ou 1-888-313-7373

Par la poste :

Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail
200, rue Front Ouest
Toronto, ON M5V 3J1



Workplace Safety &
Insurance Board

Commission de la sécurité
professionnelle et de l'assurance
contre les accidents du travail

www.wsib.on.ca

A. Renseignements sur le patient et l'employeur (le patient peut remplir cette section)

Nom de famille		Prénom		Init.	
Adresse (n°, rue, app.)					
Ville			Prov.	Code postal	Téléphone
N° d'assurance sociale	Date de naissance	jj	mm	aaaa	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Raison sociale ou nom commercial			Langue <input type="checkbox"/> Franc. <input type="checkbox"/> Angl.		
Adresse (n°, rue, app.)					
Ville			Prov.	Code postal	Téléphone
S'agit-il de la première fois que le patient consulte un professionnel de la santé pour cette lésion? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ne sait pas					
La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) recueille les renseignements vous concernant pour l'administration et l'application de la <i>Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> . Le numéro d'assurance sociale, utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, sert à identifier les travailleurs et à émettre les relevés d'impôt sur le revenu, conformément à la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> . Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou sans frais au 1-800-387-5540.					

B. Facturation des professionnels de la santé

<input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée (catégorie avancée)				Code de service 8	
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)				N° de fournisseur à la CSPAAT	
Adresse (n°, rue, app.)				Date du service	
Ville				Prov.	Code postal
				Téléphone	Votre numéro de facture

C. Dates et détails sur l'incident

1. Selon vous, comment la lésion, la maladie ou l'aggravation est-elle survenue?

Date de l'accident ou date à laquelle les symptômes sont apparus: jj mm aaaa

2. Êtes-vous le principal professionnel de la santé de ce patient? oui non

Lieu de l'évaluation: Bureau Service des urgences Lieu de travail Clinique sans rendez-vous
 Autre _____

D. Renseignements cliniques

1. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Droite
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre _____										

2. Nature de la lésion - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Hernie discale	<input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Sciatique
<input type="checkbox"/> Avulsion	<input type="checkbox"/> Épicondylite	<input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière
<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Entorse ou foulure
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Kyste synovial	<input type="checkbox"/> Tendinite/ténosynovite
<input type="checkbox"/> Contusion/hématome	<input type="checkbox"/> Hernie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lésion par écrasement	<input type="checkbox"/> Lacération	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Perforation	

Exposition/autre

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Maladie infectieuse
<input type="checkbox"/> Dermatite	<input type="checkbox"/> Piqûre avec une aiguille
<input type="checkbox"/> Vapeurs - inhalation	<input type="checkbox"/> Empoisonnement/effets toxiques
<input type="checkbox"/> Perte d'audition	<input type="checkbox"/> Psychologique

Nom de famille du patient	Prénom du patient	Date de naissance
		jj mm aaaa

D. Renseignements cliniques (suite)

3. Plaintes ou symptômes actuels du patient (plaintes subjectives) (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

- Douleur Paresthésie Raideur articulaire Enflure Faiblesse Autre _____

Précisions (s'il y a lieu)

4. Examen physique- (signes cliniques) (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

- Meurtrissures Crépitation Dysfonctionnement articulaire Lacération Sensibilité Autre _____
- Brûlures Difformité Épanchement articulaire Bosse/enflure Atrophie

Précisions (s'il y a lieu)

5. Y a-t-il des signes anormaux concernant l'un des éléments suivants (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

- Amplitude articulaire active Amplitude articulaire passive Démarche Force Réflexes Sensation Autre _____

Si oui, décrivez-les :

6. Existe-t-il un état préexistant ou tout autre trouble ou facteur qui pourrait retarder le rétablissement? oui non

Précisions (s'il y a lieu)

7. Diagnostic/diagnostic évoqué

E. Plan de traitement et renseignements sur le retour au travail

1. Fournissez le plan de traitement et le programme de gestion de ce patient. Indiquez les objectifs, la durée, la fréquence, les médicaments prescrits (y compris tout effet indésirable) et tout appareil ou accessoire fonctionnel prescrit (béquilles, orthèses, etc.) s'il y a lieu.

2. Investigations et orientations :

- Aucune Laboratoires Radiographies Scanographie IRM EMG/épreuve de conduction nerveuse Autre _____
- Médecin de famille Chiropraticien Massothérapeute Centre de santé du travail
- Spécialiste Physiothérapeute Ergothérapeute Autre : _____

Nom de l'établissement ou du professionnel vers lequel le patient a été orienté (si connu)

Téléphone

Date du rendez-vous

3. Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions de tâches liées au diagnostic (voir les instructions particulières à la page 4).

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 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 |
| | <input type="checkbox"/> Soulever | <input type="checkbox"/> Opération de machinerie lourde | <input type="checkbox"/> Médicaments |
| C. <input type="checkbox"/> Autre
(explication requise) | <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 :

4. À partir de la date de l'évaluation, l'état du patient décrit ci-dessus s'appliquera pendant environ : 1 à 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours 14 jours ou plus

5. Avez-vous discuté avec le patient du retour au travail et des restrictions de tâches dans le cadre du traitement? oui non

6. Consultation de suivi Aucun suivi requis Lendemain 2 à 3 jours 1 semaine 2 semaines

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.

Signature du professionnel de la santé

Date

Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

Instructions

Les renseignements suivants vous sont fournis pour vous aider à remplir le formulaire 8. Pour obtenir d'autres détails, consultez *Lignes directives à l'intention des professionnels de la santé – Comment remplir les formulaires de la CSPAAT*.

Section A – Renseignements sur le patient et l'employeur (le patient peut remplir cette section)

- Les renseignements fournis dans cette section nous permettront d'enregistrer et d'administrer la demande de prestations du patient. Ils permettent aussi de classer le rapport du professionnel de la santé dans le dossier d'indemnisation approprié. Si un patient a de la difficulté à remplir cette section, le professionnel de la santé peut l'aider.
- Les renseignements personnels sur le patient sont recueillis aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et sont utilisés pour administrer la demande de prestations. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le Bureau de la protection de la vie privée de la CSPAAT au 1-800-387-5540, poste 5323 (sans frais) ou au 416-344-5323.
- Si le patient ne peut pas fournir son numéro d'assurance sociale ou tout autre renseignement, le formulaire rempli doit quand même être soumis à la CSPAAT.

Sections B, C, D et E (le professionnel de la santé remplit ces sections)

Section D – Renseignements cliniques

(Cochez (✓) tous les éléments qui s'appliquent.) Incluez tous les signes cliniques ou symptômes. De l'espace additionnel a été prévu pour tout autre signe ou symptôme non indiqué ou pour tout autre détail.

Section E – Plan de traitement et renseignements sur le retour au travail

Instructions particulières :

Si le travailleur ou l'employeur vous a remis un formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles (DCF)* de la CSPAAT à remplir en même temps que le formulaire 8, il n'est pas nécessaire que vous répondiez aux questions E3, E4 et E5.

Si vous indiquez que le patient est incapable de retourner au travail à l'heure actuelle, veuillez expliquer pourquoi dans l'espace prévu à cette fin à la question E3.

Nous vous invitons à discuter des options relatives à l'évaluation du cas avec un consultant médical de la CSPAAT, pour aider le travailleur à retourner au travail avec succès. Veuillez communiquer avec nous au 416-344-1000 ou sans frais au 1-800-387-0750.

- « Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions liées au diagnostic. » Répondez toujours à cette question et cochez (✓) tous les éléments qui s'appliquent :
 - A. « *Aucune restriction* » : Le patient peut retourner au travail maintenant, et il n'y a aucune restriction.
 - B. « *Restrictions précises (Veuillez préciser)* » : Cochez (✓) toutes les restrictions qui s'appliquent (p. ex., se tenir debout, rester assis, soulever des charges). Si vous désirez fournir d'autres détails, veuillez utiliser l'espace prévu à cette fin.
 - C. « *Autre (explication requise)* » : Si le patient ne peut pas retourner travailler, à un poste quelconque, la CSPAAT a besoin d'une explication précise afin de déterminer s'il a droit à des prestations. Fournissez ces renseignements dans l'espace prévu à cette fin.
- Veuillez noter : Vous pouvez cocher plus d'un élément ou d'une période au besoin et fournir une explication dans l'espace prévu à cette fin. Par exemple, « *Aucun retour au travail pendant 1 à 2 jours, puis un retour au travail en évitant de soulever des charges pendant 3 à 7 jours* ».
- « *Depuis la date de cette évaluation, l'état du patient décrit ci-dessus s'appliquera pendant environ* » : Cochez (✓) la période. Veuillez noter que pour toute période dépassant 14 jours, la CSPAAT demandera un *Rapport d'évolution*.

Le présent rapport du professionnel de la santé (formulaire 8) n'a pas pour but de remplacer le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide* - 2647B.