



Numéro de dossier (s'il est connu)

**Veillez remplir ce formulaire en entier et à l'encre noire.
La Commission ne verse pas d'honoraires pour les rapports
incomplets ou illisibles.**

Renseignements sur le patient

Nom de famille		Prénom		Initiale(s)	
Adresse			Ville		Date de naissance jj mmm aaaa
Province	Code postal	Téléphone		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur					
Adresse			Ville		Province
Téléphone		Télécopieur		Date de l'accident jj mmm aaaa	Code postal

1	Date de l'évaluation initiale jj mmm aaaa	Nom du professionnel de la santé traitant
2	Description de la lésion fournie par le patient	
3	Signes cliniques	
4	Diagnostic évoqué	
5	Le travailleur requiert-il des traitements? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , décrivez les objectifs du traitement et indiquez la durée et la fréquence approximatives des traitements.
6	Description du programme de traitement proposé	Le travailleur est-il apte à travailler pendant son programme de traitement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7	Y a-t-il des restrictions physiques que le travailleur devrait respecter? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , précisez lesquelles.
8	Le travailleur devrait-il se rétablir complètement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , indiquez la date approximative de son rétablissement.
9	Décrivez tous les facteurs (y compris les troubles préexistants ou sous-jacents) qui pourraient retarder le rétablissement du travailleur.	

Nom du physiothérapeute (en caractères d'imprimerie)			Code de service P970		
Adresse			N° de fournisseur à la CSPAAAT		
Province			▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼ N° d'inscription à la TVH Code des honoraires Montant de TVH facturé		
Code postal	Téléphone		ONHST		
			\$		
Signature du physiothérapeute			Date (jj/mmm/aaaa)		
			Date du service jj mmm aaaa		
			Votre numéro de facture		