

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

Numéro de dossier

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 oui , 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	
Bilan actuel		Résultats prévus après d'autres traitements	
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 (jj/mmm/aaaa)	
		Si oui , indiquez la date approximative _____	
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 : _____	
Le travailleur bénéficierait-il d'une évaluation médicale multidisciplinaire?		<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)	