Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel (formulaire CMS8)

À remplir uniquement par les médecins ou les infirmières ou infirmiers praticiens

Avis aux professionnels de la santé réglementés – Veuillez utiliser ce formulaire dans les cas suivants :

- un patient qui demande des prestations pour stress professionnel dans le cadre du régime d'assurance de la CSPAAT, ou
- les situations où vous croyez que le stress de votre patient est relié au travail.

Veuillez informer votre patient qu'une demande peut seulement être présentée par :

- le patient, qui peut remplir et soumettre le formulaire 6, Avis de lésion ou de maladie (travailleur), ou le Formulaire 6 en ligne, ou encore, en appelant au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000 (ATS : 1-800-387-0050) pour parler avec un représentant de la CSPAAT, OU
- son employeur, qui peut soumettre le formulaire 7, Avis de lésion ou de maladie (employeur), ou le Formulaire 7 en ligne.

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).

Après avoir rempli ce formulaire :

- Fournissez seulement une copie de la page deux à votre patient pour qu'il la remette à son employeur.
- Veuillez envoyer les pages un et deux à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

Veuillez noter :

 Pour la consultation initiale du patient, SEULS les honoraires pour le formulaire CMS8 seront payés. Des honoraires ne seront pas payés pour le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire (DCF) s'il est rempli le même jour.

Télécopier au :

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

Ou envoyer à la :

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



www.wsib.on.ca



Télécopier au : 416-344-4684 OU 1-888-313-7373

Nº de dossier (s'il est connu)

Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel (formulaire CMS8)

A. Renseignements sur le patient et l'emplo		officialite Civiso)					
Nom de famille	Prénom			Initiale Sexe			
	X/II.			∐ H ∐ F			
Adresse (numéro, rue, app.)	Ville		Prov.	Code postal			
Téléphone	Date de jj	mm aaaa Lang					
Employeur	naissance Nom du superviseur d	ou de la personne-ressource	nglais	cais			
Adresse de l'employeur		Titre de poste ou profession	on du patient				
La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les acci sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Toute d	idents du travail (CSPAAT) re question doit être adressée a	ecueille les renseignements vous concer u décideur chargé de votre dossier ou sa	nant pour l'application et ans frais au 1-800-387-0	l'exécution de la <i>Loi sur la</i> 750.			
B. Section générale							
1. Votre patient vous a-t-il indiqué que son trouble psychologi	que était causé par so	n travail?	on				
Date à laquelle votre patient a obtenu les premiers soins médicaux pour son trouble psychologique	mm aaaa	Date de l'apparition des sympt	ômes/signes	jj mm aaaa			
2. Votre patient continue-t-il de présenter le trouble psycholog	gique?	Si Non, indiquez la date des d symptômes ou de la disparition		jj mm aaaa			
3. D'après vous, de quelle(s) situation(s) reliée(s) au travai	l découle le trouble ps	ychologique déclaré? Veuillez	expliquer:				
C. Renseignements cliniques							
Consignez le diagnostic et les critères relatifs au diagnostic	s salon la DSM si sati	efaite	<u> </u>				
Diagnostic (fournissez le diagnostic selon le DSM, le cas écl		ritères relatifs au diagnostic selo	n la DSM ei eatief	aite ·			
Diagnostic (fournissez le diagnostic scion le Dow, le cas coi	ilicant).	neres relatifs au diagnostic sele	iii le Dolvi, si salisi	aito .			
2. Savez-vous s'il existe des troubles psychologiques préexis	tants ou concomitants	, ou d'autres facteurs pertinents	ou contributifs?				
Oui Non Je ne sais pas							
Si Oui, veuillez les décrire brièvement (p. ex. : diagnostic, d	date d'apparition, traite	ment précédent si connu) :					
D. Plan de traitement							
1. Quel est le plan de traitement (notamment le type de traiter	nent, la durée, les méd	licaments prescrits et toute orier	ntation recommand	ée)?			
E. Facturation Désignation du professionnel de la santé		Codo d	e service Nº de t	fournisseur de la CSPAAT			
Médecin Infirmière ou infirmier praticiens	Autre	I	CMS	ournisseur de la CSPAAT			
N° d'inscription à la TVH Montant de TVH facturé (s'il y a		Votre nº de facture	Date du service	. jj mm aaaa			
	\$ ONHST	VOICTI GETACILIE	Date du sei vice	,, aaaa			
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie		dresse					
Téléphone	T	élécopieur					
		•					



Nº de dossier (s'il est connu)	

Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel (formulaire CMS8)

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez vous assurer de fournir uniquement une copie de la présente page au patient.

Nom de famille	Prénom			Initiale	Date de	ίί 	mm	aaaa				
					naissance							
			obter médi	à laquelle votr nu les premiers caux pour son hologique	soins	jj 	mm	aaaa				
F. Renseignements sur le retour au travail – Doit être rempli par un professionnel de la santé												
Lorsqu'une lésion ou maladie reliée au travail se produit, la meilleure pratique consiste en un retour aux activités normales, y compris le retour à un travail sécuritaire et approprié.												
1. Votre patient a-t-il interrompu le travail en raison de son trouble psychologique? Oui Non Si Non, passez à la question 4.												
2. Si votre patient ne travaille pas,		ii mm	222									
A. Ce patient peut reprendre ses tâches habituelles. Date de début Veuillez préciser si un horaire graduel est requis :												
jj mm aaaa B. Ce patient peut commencer des tâches modifiées. Date de début Veuillez préciser si un horaire graduel est requis :												
C. Ce patient est incapable de travailler en raison de son trouble psychologique. Veuillez fournir une explication :												
Quelles sont les mesures à mettre en place pour permettre à votre patient de reprendre tout travail que ce soit? Veuillez les énumérer :												
Concernant le trouble psychologique de votre patient, ve	uillez décrire le	es capacités fo	nctionnelles de ce de	rnier afin de fa	aciliter les a	adaptatio	ons de trav	vail.				
A. Pleines capacités fonctionnelles; aucune adapte	ation requise.											
B. Patient atteint de déficiences fonctionnelles (plan social, professionnel ou autre); adaptations requises. Veuillez fournir une description :												
C. Autres limitations. Veuillez fournir une descrip	tion :											
4. Prochain rendez-vous de suivi de votre patient				Doto du r	rochain	jj	mm	aaaa				
Aucun nécessaire Au besoin	Rend	ez-vous fixé; veu	illez en indiquer la date	Date du p rendez-vo								
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.	.p.)	Adresse										
Signature du professionnel de la santé	Téléphone			Date du s	service	jj	mm	аааа				
G. Signature du travailleur												
En signant ci-dessous, j'autorise le professionnel de la santé qui capacités fonctionnelles. Je comprends que mon professionnel d accidents du travail (CSPAAT).												
Signature					ate	jj 	mm	aaaa				

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez vous assurer de fournir uniquement une copie de la présente page au patient