

Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

Avis au professionnel de la santé - Veuillez utiliser le présent formulaire pour les patients qui demandent des prestations dans le cadre du régime d'assurance de la CSPAAT pour une lésion ou maladie :

- reliée au travail; ou
- si vous croyez 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).

- 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.

Veuillez remplir rapidement ce formulaire afin que nous puissions traiter et examiner sans tarder la demande de prestations de votre patient.

Vous pouvez discuter de ce dossier avec un médecin consultant de la CSPAAT en tout temps afin d'aider ce patient à retourner au travail avec succès. Veuillez communiquer avec nous au 416-344-1000 ou, sans frais, au 1-800-387-0750.

Le patient doit remplir la section A du présent rapport ou vous aider à la remplir. Veuillez soumettre le présent rapport même si la section A n'est pas remplie au complet.

La page trois de ce formulaire fournit des renseignements sur le retour au travail. Veuillez fournir la page trois au patient pour qu'il la remette à son employeur.

Pour la copie remise au patient, veuillez vous assurer que la section F est remplie.

Soumission électronique

Veuillez **imprimer et/ou sauvegarder** une copie du formulaire 8 électronique pour vos dossiers. Veuillez aussi imprimer une copie de la **page trois seulement** et la remettre au travailleur.

Pour vous inscrire à la soumission de formulaire et à la facturation électroniques ou obtenir plus de renseignements, veuillez visiter www.telussante.com/WSIB ou appeler Telus au 1-866-240-7492.

Soumission sur papier

Veuillez envoyer les **pages deux et trois** à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et fournir une copie de la **page trois seulement** au travailleur.

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



www.wsib.on.ca

A. Renseignements sur le patient et l'employeur - (le patient doit remplir la section A)

Nom de famille _____ Prénom _____ Init. _____

Adresse (n°, rue, app.) _____ Ville _____

Prov. _____ Code postal _____ Téléphone _____ Langue
 Angl. Franç. Autre

N° d'assurance sociale _____ Date de naissance jj mm aaaa Sexe H F

Nom de l'employeur _____ Téléphone _____

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 *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. 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 *Loi de l'impôt sur le revenu*. Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou, sans frais, au 1-800-387-5540.

Code de service **8M**

▼ Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire. ▼

N° d'inscription à la TVH _____ Code de service de service **ONHST** Montant de TVH facturé \$ _____

N° de fournisseur à la CSPAAT _____

Date du service (jj/mm/aaaa) _____

Votre numéro de facture _____

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse _____

B. Dates et détails de l'incident

1. Comment la lésion, maladie ou récurrence est-elle survenue au travail? _____

Profession _____

Date de l'incident ou date à laquelle les symptômes sont apparus. jj mm aaaa _____

C. Renseignements cliniques - (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent)

1. Siège de la lésion ou maladie

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

2. Description des constatations de l'examen physique pour la lésion ou maladie

Douleur au repos/Douleur la nuit

Échelle d'évaluation de la douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Hernie discale	<input type="checkbox"/> Lésion intra-articulaire	<input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière
<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Épanchement articulaire	<input type="checkbox"/> Entorse ou foulure
<input type="checkbox"/> Morsure	<input type="checkbox"/> Chute en hauteur	<input type="checkbox"/> Lacération	<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Corps étranger	<input type="checkbox"/> Dysfonction neurologique	<input type="checkbox"/> Tendinite/téno-synovite
<input type="checkbox"/> Contusion/hématome# enflure	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> D'ordre psychologique	<input type="checkbox"/> Tumeur
<input type="checkbox"/> Lésion par écrasement	<input type="checkbox"/> Hernie	<input type="checkbox"/> Perforation	<input type="checkbox"/> ▼ Amplitude articulaire
	<input type="checkbox"/> Infection	<input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Inflammation		

Exposition/autre

Asthme

Dermate

Vapeurs - inhalation

Perte d'audition

Maladie infectieuse

Piqûre avec une aiguille

Empoisonnement/effets toxiques

3. Existe-t-il un état préexistant ou tout autre trouble ou facteur qui pourrait avoir une incidence sur le rétablissement? Précisions (s'il y a lieu) oui non

4. Diagnostic

D. Plan de traitement

1. Quel est le plan de traitement (type de traitement, durée), y compris les médicaments prescrits?

2. À remplir par les médecins seulement.

	Médicaments pour lésion ou maladie professionnelle	Dose	Fréquence	Durée		Médicaments pour lésion ou maladie professionnelle	Dose	Fréquence	Durée
1.					3.				
2.					4.				

3. Investigations et orientations :

Aucune Laboratoires Radiographies Tomodensitogramme IRM EMG Ultrason Autre _____

Omnipraticien Centre de santé du travail Physiothérapeute Psychologue

Spécialiste Ergothérapeute

Chiropraticien Autre _____

Le patient bénéficierait-il de l'une des orientations suivantes? Clinique spécialisée Centre d'évaluation régional (CÉR)

Nom de l'établissement ou du professionnel vers lequel le patient a été orienté (si connu) _____ Téléphone _____ Date du rendez-vous jj mm aaaa _____

Désignation du professionnel de la santé Chiropraticien Médecin Physiothérapeute Infirmière autorisée (catégorie avancée) Autre _____

Nom de famille	Prénom	Init.	Date de naissance	jj	mm	aaaa
----------------	--------	-------	-------------------	----	----	------

E. Renseignements sur le retour au travail – Doit être rempli par un professionnel de la santé						1. Date de l'incident			jj	mm	aaaa
---	--	--	--	--	--	------------------------------	--	--	----	----	------

Lorsqu'une lésion ou maladie liée au travail se produit, la meilleure pratique consiste en un retour aux activités normales, y compris le retour à un travail sécuritaire et approprié. La plupart des travailleurs qui subissent une lésion des tissus mous restent aptes au travail.

2. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient? oui non

3. Ce travailleur peut reprendre ses activités normales. oui non Date de début

jj	mm	aaaa
----	----	------

OU

Ce travailleur peut reprendre ses tâches modifiées. oui non Date de début

jj	mm	aaaa
----	----	------

4. Veuillez indiquer l'état du patient et les restrictions liées à la lésion professionnelle et au diagnostic.

A. Aucune restriction

B. Certaines restrictions (tel qu'indiqué)

- Flexion/Torsion
- Monter
- S'agenouiller
- Soulever
- Restrictions dues aux conditions environnementales
- Autre _____

- Médicaments
- Opération de machinerie lourde
- Conduite d'un véhicule automobile
- Équipement de protection personnelle
- Pousser/Tirer

- Rester assis
- Se tenir debout
- Utilisation du transport en commun
- Utilisation des membres supérieurs
- Marche

C. Autre

Explication nécessaire – si le travailleur n'est pas apte à travailler en raison de la lésion ou maladie professionnelle, veuillez fournir des précisions.

5. À partir de la date de la présente évaluation, les indications fournies ci-dessus s'appliqueront pendant environ :

1 à 2 jours 3 à 7 jours 8 à 14 jours 14 jours ou plus

6. Consultation de suivi

Aucun suivi requis
 Au besoin

Date de la prochaine consultation

jj	mm	aaaa
----	----	------

Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)	Date du service	jj	mm	aaaa
--	-----------------	----	----	------

Signature du professionnel de la santé	Téléphone
--	-----------

F. Signature du travailleur

En signant ci-dessous, j'autorise le professionnel de la santé qui me traite, mentionné ci-dessus, à fournir à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles. Je comprends que mon professionnel de la santé enverra une copie à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT).

Signature	Date	jj	mm	aaaa
-----------	------	----	----	------

Soumission électronique : Veuillez **imprimer et/ou sauvegarder** une copie électronique du formulaire 8 pour vos dossiers. Veuillez aussi imprimer une copie de la **page trois seulement** et la remettre au travailleur.

Soumission sur papier : Veuillez envoyer les **pages deux et trois** à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail et fournir une copie de la **page trois seulement** au travailleur.

Pour la visite initiale du travailleur, des honoraires seront **UNIQUEMENT** versés pour le formulaire 8. Des honoraires ne seront pas payés pour le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles* s'il est rempli à la même date.

Employeur : Le professionnel de la santé fournira à votre employé une copie de la page trois du formulaire 8. Elle a pour but de faciliter la planification du retour au travail. N'envoyez pas cette copie à la CSPAAT.