

## Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

### Avis au professionnel de la santé - Veuillez utiliser ce formulaire dans les cas suivants :

- pour les patients qui demandent des prestations dans le cadre du régime d'assurance de la WSIB 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 (WSIB).

### Remplir le formulaire :

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

### Soumission électronique

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

### Télécopieur :

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

### 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.ca](http://www.wsib.ca)

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

|   |                        |        |                   |       |   |             |
|---|------------------------|--------|-------------------|-------|---|-------------|
| Nom de famille  |                        | Prénom |                   | Init. | Sexe<br><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F |             |
| Adresse (n°, rue, app.)   |                        |        | Ville             |       | Prov.   | Code postal |
| Téléphone   | N° d'assurance sociale |        | Date de naissance | jj    | mm  | aaaa        |
| Langue<br><input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Franç. <input type="checkbox"/> Autre |                        |        |                   |       |   |             |
| Nom de l'employeur  |                        |        |                   |       |   |             |

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) 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 peut être utilisé pour identifier les travailleurs et 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.

**B. Dates et détails de l'incident**

|  |   |
|--|---|
| <b>1. Comment la lésion, maladie ou récurrence est-elle survenue au travail?</b> | Profession  |
|  | Date de l'incident ou date à laquelle les symptômes sont apparus.<br>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                    | Gauche                   | <input type="checkbox"/> Poignet | Droit                    | Gauche                   | <input type="checkbox"/> Hanche          | Droit                    | Gauche                   | <input type="checkbox"/> Cheville | Droit                    |
| <input type="checkbox"/> Tête          | <input type="checkbox"/> Dents    | <input type="checkbox"/> Bas du dos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Main    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuisse          | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Doigts  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Genou           | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ |                                   |                                      |                          |                                     |                          |                          |                                  |                          |                          |  |                          |                          |                                   |                          |

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

|   |   |  |  |   |  |                              |  |  |  |
|---|---|--|--|---|--|------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Éraflure                   | <input type="checkbox"/> Douleur au repos/Douleur la nuit | <b>Échelle d'évaluation de la douleur</b><br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    |  |   |  | <b>Exposition ou maladie</b> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Amputation                 | <input type="checkbox"/> Hernie discale                   | <input type="checkbox"/> Inflammation                                  | <input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif | <input type="checkbox"/> Asthme                         |  |                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Morsure                    | <input type="checkbox"/> Luxation                         | <input type="checkbox"/> Lésion intra-articulaire                      | <input type="checkbox"/> Lésion de la moelle épinière            | <input type="checkbox"/> Cancer                         |  |                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Brûlure                    | <input type="checkbox"/> Chute en hauteur                 | <input type="checkbox"/> Épanchement articulaire                       | <input type="checkbox"/> Entorse ou foulure                      | <input type="checkbox"/> Vapeurs - inhalation           |  |                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contusion/hématome/enflure | <input type="checkbox"/> Corps étranger                   | <input type="checkbox"/> Lacération                                    | <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale               | <input type="checkbox"/> Syndrome vibratoire            |  |                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Lésion par écrasement      | <input type="checkbox"/> Fracture                         | <input type="checkbox"/> Dysfonction neurologique                      | <input type="checkbox"/> Tendinite/téno-synovite                 | <input type="checkbox"/> Perte d'audition               |  |                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre _____                | <input type="checkbox"/> Hernie                           | <input type="checkbox"/> D'ordre psychologique                         | <input type="checkbox"/> Amplitude articulaire                   | <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse            |  |                              |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> Infection                        | <input type="checkbox"/> Perforation (autre que par piqûre d'aiguille) |  | <input type="checkbox"/> Piqûre avec une aiguille       |  |                              |  |  |  |
|   |   |  |  | <input type="checkbox"/> Empoisonnement/effets toxiques |  |                              |  |  |  |
|   |   |  |  | <input type="checkbox"/> Troubles cutanés               |  |                              |  |  |  |

|  |                      |
|--|----------------------|
| <b>3. Existe-t-il un état préexistant ou tout autre trouble ou facteur qui pourrait avoir une incidence sur le rétablissement?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>Si oui, précisez _____ | <b>4. Diagnostic</b> |
|--|----------------------|

**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  Le patient bénéficierait-il de l'une des orientations suivantes?

Spécialiste/ Spécialité \_\_\_\_\_  Ergothérapeute  Psychologue  Clinique spécialisée

Chiropraticien  Autre \_\_\_\_\_  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

**E. Facturation**

|  |  |                 |                             |                            |
|--|--|-----------------|-----------------------------|----------------------------|
| Désignation du professionnel de la santé<br><input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée (catégorie avancée) |  | Code de service | N° de fournisseur à la WSIB |                            |
| N° d'inscription à la TVH  | Montant de TVH facturé (s'il y a lieu) | Code de service | Votre numéro de facture     | Date du service jj mm aaaa |
| <b>\$ ONHST</b>  |  |                 |                             |                            |
| Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie)  |  | Adresse         |                             |                            |
| Téléphone  |  | Télécopieur     |                             |                            |

N° de dossier (s'il est connu)

# 8 Rapport du professionnel de la santé (formulaire 8)

Renseignements sur le retour au travail

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

|                               |        |       |                   |    |    |      |
|-------------------------------|--------|-------|-------------------|----|----|------|
| Nom de famille                | Prénom | Init. | Date de naissance | jj | mm | aaaa |
| Siège(s) de lésion ou maladie |        |       |                   |    |    |      |

Date de l'incident

|    |    |      |
|----|----|------|
| 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. La plupart des travailleurs qui subissent une lésion des tissus mous sont en mesure de rester au travail.

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

2.  Ce travailleur peut reprendre ses activités normales. **Date de début**

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

**Si une augmentation graduelle des heures de travail est nécessaire, veuillez préciser** \_\_\_\_\_

Ce travailleur peut reprendre des activités modifiées. **Date de début**

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

**Si une augmentation graduelle des heures de travail est nécessaire, veuillez préciser** \_\_\_\_\_

Le travailleur n'est pas apte à travailler en raison de la lésion ou maladie professionnelle.  
Veuillez fournir une explication : \_\_\_\_\_

## 3. Veuillez indiquer l'état du patient et ses capacités fonctionnelles en fonction de la lésion professionnelle et du diagnostic.

A. Capacités fonctionnelles complètes

B. Capacités fonctionnelles du travailleur

|                 |                               |                                 |                                   |                               |                                 |                                      |                               |                                 |
|-----------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Flexion/Torsion | Apte <input type="checkbox"/> | Inapte <input type="checkbox"/> | Opération de machinerie lourde    | Apte <input type="checkbox"/> | Inapte <input type="checkbox"/> | Se tenir debout                      | Apte <input type="checkbox"/> | Inapte <input type="checkbox"/> |
| Monter          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Conduite d'un véhicule automobile | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Utilisation des transports en commun | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        |
| S'agenouiller   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Pousser/Tirer                     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Utilisation des membres supérieurs   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        |
| Soulever        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Rester assis                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        | Marche                               | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>        |

C. Autres restrictions : p. ex., conditions environnementales, médicaments, utilisation d'équipement de protection  
Veuillez fournir une description : \_\_\_\_\_

## 4. À partir de la date de la présente évaluation, les restrictions 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.) | Adresse   |                 |    |    |      |
| Signature du professionnel de la santé                               | Téléphone | Date du service | jj | mm | aaaa |

## G. 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 (WSIB).

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

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