

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

Veillez utiliser le présent formulaire dans les cas suivants :

- votre patient a actuellement une demande de prestations en cours auprès de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) relativement à une lésion attribuable au stress reliée au travail;
- vous estimez que le stress de votre patient(e) est relié au travail.

Veillez informer le patient ou la patiente qu'il ou elle doit se rendre à l'adresse wsib.ca/declarer pour signaler sa lésion attribuable au stress à la WSIB.

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 sont légalement autorisés à transmettre, sans consentement, des renseignements concernant une personne qui a subi une lésion ou contracté une maladie et qui présente une demande des prestations auprès de la WSIB.

Après avoir rempli le formulaire :

- remettez à votre patient(e) une copie de la page 3 pour qu'il ou elle la remette à son employeur;
- envoyez une copie des pages 2 et 3 à la WSIB :
 - en ligne à l'adresse wsib.ca/fr/soumettre
 - par télécopieur au 416 344-4684 ou au 1 888 313-7373.

Lors de la première consultation du patient ou de la patiente, seuls les honoraires pour le Rapport du professionnel de la santé pour stress professionnel (formulaire CMS8) seront payés. Les honoraires pour le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles ne seront pas payés s'il est rempli à la même date.

Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez appeler la WSIB sans frais au 1 800 387-0750, du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 17 h.

Rendez-vous sur le site Web à l'adresse www.wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents justificatifs.

A. Renseignements sur le patient ou la patiente et l'employeur (le patient ou la patiente doit remplir la section A)					
Nom de famille		Prénom		Initiale	Sexe H F
Adresse (numéro, rue, app.)		Ville	Province		Code postal
Téléphone	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Langue Anglais Français Autre (veuillez préciser) :			
Nom de l'employeur		Nom du superviseur ou de la personne-ressource		Téléphone	
Adresse de l'employeur		Titre de poste ou profession du patient ou de la patiente			
La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) recueille vos renseignements afin d'administrer et d'appliquer la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> . Pour toute question, veuillez communiquer avec le décideur responsable de votre dossier ou appeler la WSIB sans frais au 1 800 387-0750.					

B. Renseignements généraux	
1. Votre patient(e) indique-t-il ou elle son trouble psychologique est attribuable au travail? Date à laquelle votre patient(e) a obtenu les premiers soins médicaux pour son trouble psychologique : Date d'apparition des symptômes ou des signes (jj/mmm/aaaa) :	Oui Non
2. Votre patient(e) présente-t-il ou elle toujours ce trouble psychologique? Si Non, indiquez la date des derniers symptômes ou la date de leur disparition (jj/mmm/aaaa).	Oui Non
3. D'après vous, de quelle(s) situation(s) reliée(s) au travail découle le trouble psychologique déclaré? Veuillez expliquer.	

C. Renseignements cliniques	
1. Consignez le diagnostic et les critères relatifs au diagnostic selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), s'ils sont remplis. Diagnostic (le cas échéant, indiquez le diagnostic selon le DSM) : Critères relatifs au diagnostic selon le DSM, s'ils sont remplis :	
2. Avez-vous connaissance de troubles psychologiques préexistants ou concomitants, ou d'autres facteurs pertinents ou contributifs? Si Oui, veuillez les décrire brièvement (p. ex. diagnostic, date d'apparition, traitement antérieur, le cas échéant) :	

D. Plan de traitement
1. Quel est le plan de traitement (notamment le type de traitement, la durée, les médicaments prescrits et toute recommandation d'orientation vers d'autres professionnels)?

E. Facturation					
Titre professionnel du professionnel de la santé Médecin Infirmière ou infirmier praticiens Autre			Code de service 8CMS	N° de fournisseur de la WSIB	
N° d'inscription à la TVH	Montant de TVH facturé (s'il y a lieu)	Code de service ONHST	Votre n° de facture	Date du service (jj/mmm/aaaa)	
Nom du professionnel de la santé	Adresse		Téléphone	Télécopieur	

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

wsib.ca/fr | Poste : 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050 | Télécopieur : 1-888-313-7373

0010B (07/26)

Page 2 de 3

Une fois le formulaire rempli, veuillez remettre au patient ou à la patiente une copie de la présente page seulement. Le patient ou la patiente peut, au besoin, remettre cette copie à son employeur.

Nom de famille	Prénom	Initiale
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Date à laquelle le patient ou la patiente a consulté un professionnel de la santé pour la première fois en raison de son trouble psychologique (jj/mmm/aaaa)	

F. Renseignements sur le retour au travail — section à remplir obligatoirement par un professionnel de la santé

Lorsqu'une lésion ou maladie reliée au travail survient, la meilleure pratique consiste à mettre l'accent sur le retour aux activités habituelles, notamment le retour à un travail sécuritaire et approprié.

1. Le patient ou la patiente a-t-il ou elle subi une interruption de travail en raison de son trouble psychologique? Oui Non
Si Non, passez à la question n° 4.

2. Choisissez l'une des options suivantes si le patient ou la patiente est actuellement en interruption de travail :

A. Ce ou cette patient(e) peut reprendre ses tâches habituelles à compter du (jj/mmm/aaaa).
Veuillez préciser si un horaire de travail graduel est requis : _____

B. Ce ou cette patient(e) peut commencer des tâches modifiées à compter du (jj/mmm/aaaa).
Veuillez préciser si un horaire de travail graduel est requis : _____

C. Ce ou cette patient(e) est incapable de travailler en raison de son trouble psychologique.
Veuillez fournir une explication : _____

Quelles mesures devraient être mises en place pour permettre à votre patient(e) de reprendre le travail, quelle qu'en soit la fonction? Veuillez les énumérer : _____

3. Veuillez décrire les capacités fonctionnelles du patient ou de la patiente liées à son trouble psychologique afin de faciliter la mise en place de mesures d'adaptation au travail.

A. Le ou la patient(e) jouit pleinement de ses capacités fonctionnelles; aucune mesure d'adaptation n'est requise.

B. Le ou la patient(e) présente des limitations fonctionnelles (sur le plan social, professionnel ou autre); des mesures d'adaptation sont requises. Veuillez les décrire : _____

C. Autres limitations. Veuillez les décrire : _____

4. Prochain rendez-vous de suivi du patient ou de la patiente Aucun suivi requis Au besoin Rendez-vous fixé; veuillez en indiquer la date	Date du prochain rendez-vous de suivi (jj/mmm/aaaa)
--	---

Nom du professionnel de la santé	Adresse
----------------------------------	---------

Signature du professionnel de la santé	Téléphone	Date (jj/mmm/aaaa)
--	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et transmettez ce formulaire par voie électronique. Cette coche tient lieu de signature. Vous devez inscrire votre nom et la date ci-dessus.

G. Signature du patient ou de la patiente

En signant ci-dessous, j'autorise mon professionnel de la santé traitant, mentionné ci-dessus, à fournir à mon employeur une copie de la présente page qui décrit mes capacités fonctionnelles. Je consens à ce qu'une copie soit transmise à la WSIB par mon professionnel de la santé.

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
-----	-----------	--------------------

Cochez cette case si vous remplissez et transmettez ce formulaire par voie électronique. Cette coche tient lieu de signature. Vous devez inscrire votre nom et la date ci-dessus.