

## **Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire**

**Les professionnels de la santé doivent utiliser ce formulaire SEULEMENT lorsqu'un employeur ou un travailleur le demande.**

**Ce formulaire a pour but de déterminer les capacités fonctionnelles globales de votre patient et d'établir des restrictions de travail qui lui permettront de retourner au travail dans un emploi approprié.**

**Veillez remplir et retourner promptement les pages 2 et 3 du présent formulaire au travailleur ou à l'employeur pour aider les parties du lieu de travail à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.**

**ASSUREZ-VOUS QUE LES RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION NE SONT PAS REMIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.**

### **Autorisation de divulguer des renseignements**

Le paragraphe 37 (3) de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* confère aux professionnels de la santé le pouvoir de soumettre à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), au travailleur blessé et à l'employeur les renseignements prescrits concernant les capacités fonctionnelles du travailleur.

Pour remplir ce formulaire, écrivez à l' **encre noire** en **caractères d'imprimerie** .

Le travailleur ou l'employeur doit remplir les sections A et B du présent formulaire. Au besoin, aidez votre patient à les remplir. Veuillez soumettre le présent formulaire même si la section A n'est pas remplie au complet.

Vous trouverez des renseignements concernant vos responsabilités à la **page 4** .

La CSPAAT verse des honoraires aux professionnels de la santé qui remplissent le formulaire.

**Envoyer à :**

**Commission de la sécurité professionnelle  
et de l'assurance contre les accidents du travail**

200, rue Front Ouest  
Toronto ON M5V 3J1

**OU**

**télécopier au :**

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

La forme masculine utilisée dans ce document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.



**Vous trouverez un guide sur la façon de remplir ce formulaire à**

**[www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca)**

|               |
|---------------|
| N° de dossier |
|---------------|

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

**A. Section A – à remplir par l'employeur ou le travailleur**

|                               |        |           |             |
|-------------------------------|--------|-----------|-------------|
| Nom de famille du travailleur | Prénom | Téléphone |             |
| Adresse (n°, rue, app.)       | Ville  | Province  | Code postal |

|                                    |       |             |
|------------------------------------|-------|-------------|
| Nom de l'employeur                 |       |             |
| Adresse au complet (n°, rue, app.) |       |             |
| Ville                              | Prov. | Code postal |

|  |
|--|
| Date de naissance<br>(jj/mm/aaaa)  |
| Date de l'accident/où vous avez eu<br>connaissance de la maladie<br>(jj/mm/aaaa) |
| Téléphone<br>(employeur)   |
| Télécopieur<br>(employeur)   |

|   |   |
|---|---|
| 1. Genre d'emploi au moment de l'accident (si possible, veuillez joindre la description des tâches)                                 | Siège(s) de lésion ou maladie                     |
| 2. Le travailleur et l'employeur ont-ils discuté du retour au travail?<br><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si non, ils en discuteront le    jj    mm    aaaa |
| 3. Personne-ressource de l'employeur  | Poste   |

**B. Signature du travailleur**

En signant ci-dessous, j'autorise tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi une copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la CSPAAT, sur lequel il aura indiqué les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.

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

**C. Facturation des professionnels de la santé**

Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT.

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

**LES RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION DU FOURNISSEUR FIGURANT EN GRAS DANS LA SECTION C NE DOIVENT PAS ÊTRE FOURNIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Êtes-vous inscrit auprès de la CSPAAT?<br><input type="checkbox"/> oui    Entrez votre <b>numéro de fournisseur à la CSPAAT</b> dans la case prévue à cette fin.<br><input type="checkbox"/> non    Composez le <b>1-800-569-7919</b> pour vous inscrire. | <b>N° de fournisseur à la CSPAAT</b> |
|---|--------------------------------------|

|  |                                |             |             |
|--|--------------------------------|-------------|-------------|
| Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.) | <b>Votre numéro de facture</b> |             |             |
| Adresse (n°, rue, app.)  | Code de service<br><b>FAF</b>  |             |             |
| Ville  | Province                       | Code postal | Télécopieur |

**Par la présente, je déclare que les renseignements soumis dans les sections C, D, E et F du présent formulaire sont véridiques et complets. Commet une infraction quiconque fait délibérément une déclaration ou une assertion fausse ou trompeuse à la CSPAAT.**

|  |           |                          |
|--|-----------|--------------------------|
| Signature du professionnel de la santé | Téléphone | Date    jj    mm    aaaa |
|--|-----------|--------------------------|



## Renseignements importants

Pour recevoir des prestations, le travailleur doit présenter une demande dans les six mois suivant la date de la lésion ou maladie professionnelle. Lorsqu'il présente une telle demande, le travailleur doit également consentir à ce que soient divulgués à son employeur les renseignements fournis par un professionnel de la santé concernant ses capacités fonctionnelles. La divulgation de ces renseignements a pour seul but de faciliter un retour au travail rapide et sécuritaire. Le travailleur qui ne présente pas une demande de prestations ou qui ne donne pas son consentement à la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles peut se voir refuser le droit à des prestations.

Si vous avez des questions concernant la façon de remplir le présent formulaire, composez le 1-800-387-0750.

### Responsabilités du travailleur

- Le présent formulaire doit être rempli par le professionnel de la santé qui vous traite. Celui-ci discutera avec vous des renseignements qu'il doit recueillir.
- Lorsque le formulaire sera dûment rempli, communiquez **immédiatement** avec votre employeur pour prendre connaissance des renseignements qu'il contient. Ensemble, votre employeur et vous commencerez à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.

### Responsabilités de l'employeur

- Le présent formulaire fournit des renseignements généraux concernant les capacités fonctionnelles et les restrictions du travailleur pour vous aider à planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Lorsque vous fournissez le présent formulaire au professionnel de la santé traitant, veuillez vous assurer d'avoir le consentement écrit du travailleur (section B) pour la divulgation des renseignements sur ses capacités fonctionnelles.
- Si possible, joignez également une description des tâches du travailleur pour aider le professionnel de la santé à remplir le formulaire.
- Le formulaire élaboré par la CSPAAT est un formulaire générique qui a pour but de vous aider à obtenir des renseignements généraux sur les capacités fonctionnelles.
- La CSPAAT versera uniquement des honoraires au professionnel de la santé qui remplit le formulaire générique de la CSPAAT. Les frais reliés au coût de chaque formulaire rempli figureront sur votre relevé des coûts d'accidents ou votre facture de l'annexe 2.
- Si vous disposez d'un formulaire qui a été préparé spécialement pour votre lieu de travail et que le travailleur consent à ce que les renseignements fournis sur un tel formulaire vous soient divulgués, vous pouvez le fournir au professionnel de la santé. Si vous créez votre propre formulaire, vous devez payer le professionnel de la santé directement.
- N'envoyez pas de copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* dûment rempli à la CSPAAT. C'est le professionnel de la santé qui doit nous le faire parvenir.

### Responsabilités du professionnel de la santé

- L'employeur et le travailleur utiliseront les renseignements fournis dans le présent formulaire pour planifier un retour au travail rapide et sécuritaire.
- Le programme de retour au travail reflètera les capacités fonctionnelles et les restrictions que vous aurez notées et présumera qu'il n'existe aucune contre-indication clinique concernant d'autres tâches reliées au travail. Par conséquent, il est essentiel que vous remplissiez toutes les sections au complet.
- Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont basés sur votre examen du travailleur. Une évaluation spécialisée des capacités fonctionnelles n'est pas nécessaire.
- Vous **ne devez pas** inclure de renseignements diagnostiques ou confidentiels.
- Veuillez ajouter des précisions sur la durée des restrictions temporaires ou sur la durée maximale des tâches ou des charges maximales dans la partie **3** de la section **E**, intitulée **Capacités ou restrictions**. Au besoin, joignez une feuille au présent formulaire pour décrire les capacités et les restrictions.
- **Le fait de remplir le présent formulaire ne remplace aucunement les exigences à respecter envers la CSPAAT en matière de déclaration clinique.**
- **Lorsque vous recevez le présent formulaire, remplissez-le promptement et remettez-le au travailleur ou à l'employeur.**
- **Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT. Lorsque vous envoyez une télécopie du formulaire, n'en envoyez pas une copie par la poste.**

**Sur réception des pages 2 et 3 du présent formulaire, la CSPAAT paiera le professionnel de la santé qui l'a rempli.**

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

**Télécopieur de la CSPAAT :**  
416-344-4684  
ou 1-888-313-7373