

Remplir le

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

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR ET L'EMPLOYEUR

Le travailleur et l'employeur remplissent cette section. Ils doivent s'identifier correctement en indiquant leur nom, adresse et numéros de téléphone, afin d'aider la CSPAAT à traiter l'information de façon rapide et efficace.

SECTION A.1. GENRE D'EMPLOI AU MOMENT DE L'ACCIDENT

Pour planifier le retour au travail, toutes les parties doivent savoir exactement ce que le travailleur faisait au moment de la lésion ou maladie. L'employeur devrait fournir une description détaillée des tâches du travailleur et, si possible, une analyse des exigences physiques de l'emploi. Si l'employeur n'a pas d'analyse des exigences physiques, il peut utiliser le *Formulaire d'information sur les exigences physiques* de la CSPAAT, offert sur le site Web de la CSPAAT, dans la section Employeurs/Formulaires.

Veuillez vous assurer d'indiquer toutes les régions atteintes par la lésion ou maladie dans cette section du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles*.

1. Genre d'emploi au moment de l'accident (si possible, veuillez joindre la description des tâches)	Siège(s) de lésion ou maladie
---	-------------------------------

SECTION A.2. DISCUSSION DE L'EMPLOYEUR ET DU TRAVAILLEUR SUR LE RETOUR AU TRAVAIL

Le retour au travail est une responsabilité partagée, principalement par le travailleur et l'employeur. Dans cette section du formulaire, l'employeur doit indiquer s'il a discuté du retour au travail avec le travailleur. S'il ne l'a pas fait, il devrait indiquer la date à laquelle il compte le faire. Cette discussion entre l'employeur et le travailleur sur le retour au travail permet d'amorcer le processus de communication et de collaboration essentiel à un plan mutuellement acceptable de retour au travail.

2. Le travailleur et l'employeur ont-ils discuté du retour au travail?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si non, ils en discuteront le	jj	mm	aaaa
--	---	-------------------------------	----	----	------

A.3. NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'EMPLOYEUR

Il est important de préciser le nom et le titre de la personne-ressource de l'employeur pour assurer une bonne communication entre le travailleur, l'employeur, la CSPAAT et le professionnel de la santé. Veuillez indiquer le nom de la personne qui, dans l'entreprise, coordonne le plan de retour au travail.

3. Personne-ressource de l'employeur	Poste
--------------------------------------	-------

SECTION B - SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

Le travailleur a l'obligation de consentir à la divulgation à l'employeur des renseignements sur ses capacités fonctionnelles. Le travailleur doit signer et dater le formulaire. Ce faisant, il consent à la divulgation des renseignements du formulaire à l'employeur et à la CSPAAT et indique qu'il en comprend les raisons. Il est important que l'employeur explique au travailleur que les renseignements partagés ne portent que sur les capacités fonctionnelles décrites dans le formulaire. Aucun renseignement médical n'apparaîtra dans le formulaire. Pour plus de clarté en discutant du retour au travail, l'employeur devrait s'assurer que le travailleur signe le formulaire des capacités fonctionnelles avant qu'il ne soit transmis au professionnel de la santé.

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

TRAVAILLEUR/EMPLOYEUR

SECTION C

Le professionnel de la santé doit remplir cette section pour la facturation. Il doit envoyer le formulaire à la CSPAAT par la poste ou par télécopieur à l'adresse ou au numéro de télécopie indiqués à la première page du formulaire. Le fait d'envoyer ce formulaire ne suffit pas pour remplir les exigences de déclaration clinique de la CSPAAT. Pour respecter la confidentialité des renseignements personnels, le diagnostic ne doit jamais être fourni dans ce formulaire. Les renseignements fournis dans les zones ombrées de la section sur la facturation doivent aussi demeurer confidentiels afin de protéger la vie privée du fournisseur de soins de santé.

C. Facturation des professionnels de la santé Pour la facturation, télécopiez ou postez les pages 2 et 3 à la CSPAAT.			
LES RENSEIGNEMENTS FIGURANT DANS LES PARTIES OMBRÉES NE DOIVENT PAS ÊTRE FOURNIS AU TRAVAILLEUR OU À L'EMPLOYEUR.			
Désignation du professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée (catégorie avancée) <input type="checkbox"/> Autre			
Êtes-vous inscrit auprès de la CSPAAT? <input type="checkbox"/> Oui Entrez votre numéro de fournisseur à la CSPAAT de neuf chiffres dans la case prévue à cette fin. <input type="checkbox"/> Non Composez le 1-800-569-7919 pour vous inscrire.		N° de fournisseur à la CSPAAT	
Nom du professionnel de la santé (en caractères d'imprimerie s.v.p.)		Code de service 901	
Adresse (n°, rue, app.)		Votre numéro de facture	
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

SECTIONS D ET E

Le professionnel de la santé doit indiquer dans ces sections les capacités fonctionnelles globales du travailleur. Ces renseignements sont essentiels pour permettre à l'employeur et au travailleur de planifier un retour au travail rapide, sécuritaire et viable. Veuillez remplir cette section en fournissant le plus de précisions possible pour que le travailleur et l'employeur puissent trouver un emploi approprié permettant au travailleur de se rétablir activement au travail. Des renseignements détaillés concernant la capacité du travailleur de soulever, de marcher, de rester debout, etc. permettront à l'employeur d'adapter un emploi dans le cadre d'un retour au travail graduel, pendant le rétablissement du travailleur de sa lésion ou maladie professionnelle.

Si le travailleur est incapable de retourner travailler et a besoin de plus de temps, remplissez la section F et indiquez la date à laquelle le travailleur sera réexaminé.

D. Cette section doit être remplie par le professionnel de la santé afin d'établir les capacités et les restrictions globales du patient.

1. Date de l'évaluation jj mm aaaa	2. Cochez une seule case : <input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail sans restrictions.	<input type="checkbox"/> Le patient peut retourner au travail en respectant des restrictions. Remplissez les sections E et F.	<input type="checkbox"/> Le patient est physiquement incapable de retourner au travail pour le moment. Remplissez la section F.
--	--	---	--

E. Capacités ou restrictions

1. Veuillez indiquer les capacités qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.

Marcher : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> De 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Rester debout : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> De 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Rester assis : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 à 60 minutes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Soulever des charges du sol à la taille : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Soulever des charges de la taille aux épaules : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> De 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Monter des escaliers : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> De 5 à 10 marches <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Grimper aux échelles : <input type="checkbox"/> Sans restriction <input type="checkbox"/> De 1 à 3 échelons <input type="checkbox"/> De 4 à 6 échelons <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	Se rendre au travail : Peut utiliser les transports en commun : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut conduire une voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2. Veuillez indiquer les restrictions qui s'appliquent. Fournissez des précisions dans la partie 3.

<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif de flexion ou torsion au niveau de (précisez) :	<input type="checkbox"/> Travail au niveau des épaules ou au-dessus de ce niveau :	<input type="checkbox"/> Exposition aux produits chimiques (précisez) :	<input type="checkbox"/> Exposition environnementale à (p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeurs) :	<input type="checkbox"/> Usage limité de la main : Gauche : <input type="checkbox"/> Empoigner <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> Autre (précisez) Droite : <input type="checkbox"/> Empoigner <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
<input type="checkbox"/> Poussée ou traction limitée avec : <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Autre (précisez)	<input type="checkbox"/> Utilisation d'équipement motorisé : (p. ex., chariot élévateur à fourche)	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles de médicaments (précisez) : Ne fournissez pas le nom des médicaments.	<input type="checkbox"/> Exposition à des vibrations : <input type="checkbox"/> Personne globale <input type="checkbox"/> Mains ou bras	

3. Autres commentaires sur les capacités ou restrictions.

4. 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

5. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient? Oui Non

6. Recommandations portant sur les heures de travail et la date de début : Heures de travail régulières Heures modifiées Heures augmentées graduellement

Date de début : jj mm aaaa

SECTION E5

Le professionnel de la santé joue un rôle important dans le processus de retour au travail et peut aider le travailleur à mieux comprendre l'importance d'un retour rapide et sécuritaire aux activités régulières de la vie, y compris le travail.

5. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre patient?

Oui Non

SECTION E6

Veuillez indiquer ici la date et le nombre d'heures recommandés du plan de retour au travail.

6. Recommandations portant sur les heures de travail et la date de début : Heures de travail régulières Heures modifiées Heures augmentées graduellement

Date de début : jj mm aaaa

SECTION F

Veuillez indiquer la date de la prochaine consultation de suivi. Cela aidera l'employeur à planifier le processus de retour au travail et à évaluer son succès.

F. Date de la prochaine consultation

Date recommandée pour la prochaine consultation afin d'examiner les capacités ou restrictions. ► jj mm aaaa

