



# Premier rapport médical

VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET  
LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO.

Numéro de dossier de la CAT

## Renseignements sur le travailleur

Nom du travailleur		Prénom du travailleur						
Adresse (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)		
Domicile		Date de naissance		AA	MM	JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Employeur				Emploi du travailleur				
Partie du corps blessée								

## Renseignements sur le fournisseur de soins de la santé

Nom du professionnel de la santé				Numéro de facturation du fournisseur de la CAT				
Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional)				Code - honoraires _____ Soumis _____				
Adresse (inclure le code postal)				Code - honoraires _____ Soumis _____				
Date de l'accident				Frais - formulaire de rapport _____ Soumis _____				
AA	MM	JJ	Date de l'examen	AA	MM	JJ	TOTAL _____ \$	

1. Voulez-vous qu'un médecin de la CAT communique avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
2. Invalidité actuelle - Précisez la durée de l'invalidité à partir de la date de l'examen. Aucune invalidité <input type="checkbox"/> Aucune invalidité <input type="checkbox"/> 1 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 21 jours <input type="checkbox"/> plus	3. Date prévue de retour au travail   AA   MM   JJ	
4. Capacités de travail actuelles (voir les définitions au verso) <input type="checkbox"/> Incapable de travailler <input type="checkbox"/> Limitées <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes		
5. Description de l'accident par le travailleur. De quelle manière l'accident s'est-il produit ?		
6. Plaintes subjectives		
7. Conclusions objectives		
8. Maladies ou blessures précédentes importantes		
9. Examens (analyses, radiographies, tomodensitogramme, etc.)		
10. Diagnostic	Code CIM :	
11. Traitements, conseils, consultations prescrits		
12. Le travailleur a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de l'hôpital	
13. Une invalidité permanente est-elle probable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
14. Le travailleur sera-t-il de nouveau examiné ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Quand ? Par qui ?

Signature du professionnel de la santé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Je confirme par la présente que les renseignements susmentionnés reflètent correctement les services que j'ai personnellement offerts.

## REMARQUE À L'INTENTION DES FOURNISSEURS

Nous payons uniquement les factures originales. Les factures envoyées par télécopieur ou les copies de factures ne seront pas payées.

---

## RESPONSABILITÉ DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Traduction libre d'un extrait de l'article 17(3) de la *Loi sur les accidents du travail*

Rapport du

professionnel de la santé

17.(3)

Un professionnel de la santé qui traite un travailleur blessé suite à un accident de travail doit envoyer un rapport à la Commission dans les trois jours qui suivent le premier traitement.

---

## CAPACITÉS DE TRAVAIL

Référence : Classification nationale des professions

### Limitées

Les activités de travail incluent la manipulation de charges ne dépassant pas 5 kg, par exemple :

- l'examen et l'analyse d'information financière;
- la vente de polices d'assurance à des clients;
- la conduite d'études économiques et de faisabilité.

### Légères

Les activités de travail incluent la manipulation de charges supérieures à 5 kg, mais ne dépassant pas 10 kg, par exemple :

- la réparation de semelles, de talons et d'autres parties de chaussures;
- la classification de documents dans des tiroirs, des classeurs et des boîtes d'entreposage;
- la préparation de repas

### Moyennes

Les activités de travail incluent la manipulation de charges allant de 10 kg à 20 kg, par exemple :

- l'installation et l'exploitation de matériel de finition ou la finition de meubles à la main;
- le fait de mesurer, de couper et de poser du papier peint sur les murs;
- le réglage, le remplacement et la réparation de composantes mécaniques ou électriques au moyen d'outils à main et d'équipement.

### Lourdes

Les activités de travail incluent la manipulation de charges pesant plus de 20 kg, par exemple :

- l'exploitation et l'entretien d'équipement de pont et l'exécution d'autres tâches de pont à bord d'un navire;
- le fait de pelleter du ciment et autres matériaux dans les mélangeurs à ciment et d'exécuter d'autres activités visant à aider à l'entretien et la réparation des routes;
- le fait de mesurer, de couper et de lever des panneaux de cloison sèche à être installés sur les murs et les plafonds.

---

Bureau central : C. P. 8888 Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677

ou

☐ C. P. 669 • Iqaluit, NT X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8501