



Rapport de progrès 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. Capacités de travail actuelles – Le travailleur est-il retourné au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	3. Le cas échéant, précisez la date AA MM JJ
4. Si non, précisez la durée de l'invalidité à partir de la date de l'examen <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	5. Date prévue de retour au travail AA MM JJ
6. 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	
7. Plaintes subjectives	
8. Conclusions objectives	
9. Maladies ou blessures précédentes importantes	
10. Examens (analyses, radiographies, tomodensitogramme, etc.)	
11. Diagnostic	Code CIM:
12. Traitements, conseils, consultations prescrits	
Veillez donner des détails aux questions suivantes si votre réponse est « oui ».	
13. Le travailleur a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de l'hôpital
14. Le travailleur a-t-il subi une intervention ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand ?
15. Y a-t-il des facteurs pouvant retarder le rétablissement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lesquels ?
16. Une invalidité permanente est-elle probable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
17. Recommandez-vous un examen par un médecin de la CAT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
18. Le travailleur sera-t-il de nouveau examiné ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quand ?

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