



Rapport médical Blessures à l'oeil

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

Numéro du 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	Numéro d'assurance sociale		Emploi du travailleur

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)		ICD	Code - honoraires _____ Soumis _____
Adresse (inclure le code postal)			Code - honoraires _____ Soumis _____
Date de l'accident	AA	MM	JJ
Date de l'examen	AA	MM	JJ
		Frais - formulaire de rapport _____	Soumis _____
		TOTAL _____ \$	

1. Voulez-vous qu'un médecin de la CAT communique avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Qui a administré le premier traitement?	3. Date à laquelle vous avez traité ce patient pour la première fois AA MM JJ
4. Quel oeil a été blessé? <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux	
5. Vue (lors de votre premier examen de la vue et avant le traitement) oeil droit oeil gauche	
6. Quelle est, selon le travailleur, la cause de la blessure?	
7. Conclusions au moment de l'examen (indiquez sur le diagramme ci-dessous l'endroit exact de la blessure et sa gravité après fluorescéine)	
<p>Droit</p> <p>Gauche</p>	
8. Traitement	
9. Y a-t-il des signes de maladie ou de blessure précédente dans l'un des yeux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez	
10. Prévoyez-vous des complications? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez	
11. Une invalidité permanente est-elle probable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12. Invalidité actuelle 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	13. Date prévue de retour au travail AA MM JJ
14. Une hospitalisation est-elle requise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nom de l'hôpital	

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.

