



# Avis de traitement de physiothérapie et d'ergothérapie

Dossier n°						
Nom de la clinique			Numéro de téléphone du médecin orienteur			
Nom	Prénom	Date de naissance	AA	MM	JJ	
Adresse postale		Communauté		Code postal		
Médecin orienteur			Date de l'aiguillage	AA	MM	JJ
Durée estimative du traitement		semaines	Date du premier traitement	AA	MM	JJ
Physiotherapy or occupational therapy diagnosis						

**CONSTAT DE L'ÉVALUATION ET TRAITEMENT INITIAL :****LIMITES PHYSIQUES :**

Y a-t-il un autre état pouvant empêcher ou retarder le retour au travail du patient ou encore gêner le traitement ?					
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Assiduité	<input type="checkbox"/> Motivation	<input type="checkbox"/> Conformité	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Dans l'affirmative, précisez.					
Le patient est-il en arrêt de travail ?			Le travailleur peut-il faire des tâches modifiées ou travailler à temps partiel ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Dans l'affirmative, donnez la date estimative de retour au travail. Dans l'affirmative, précisez les restrictions.					
AA	MM	JJ			

Buts (par exemple : rester au travail, surmonter les restrictions)	<b>Nombre de semaines estimatives pour atteindre les buts</b>		
	<b>1-3</b>	<b>3-5</b>	<b>5-7</b>

<b>ADRESSE DE LA CLINIQUE PRIVÉE OU DE L'HÔPITAL</b>	<b>PHYSIOTHÉRAPEUTE / ERGOTHÉRAPEUTE</b>
	Signature
	Nom (en caractère d'imprimerie):
	AA MM JJ Téléphone (inclure l'indicatif régional)

---

## PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE

### Conditions relatives au traitement

Le médecin traitant du travailleur peut diriger celui-ci directement vers un programme ou service approuvé de physiothérapie ou d'ergothérapie pour un traitement pouvant aller jusqu'à six semaines. Les demandes de prolongation d'un traitement, faites par le médecin, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute, doivent être approuvées par la CAT.

L'approbation de la CAT est également requise pour :

- un traitement recommandé dans une clinique autre qu'un centre reconnu par la CAT;
- un traitement administré au domicile du travailleur;
- si plus d'un traitement est administré par jour.

Un traitement de physiothérapie ou d'ergothérapie peut être recommandé pour des raisons d'entretien même après que l'état médical du travailleur s'est stabilisé et que l'invalidité permanente a été établie. La CAT peut approuver jusqu'à six semaines de traitement par année lorsque le traitement est recommandé par un médecin traitant.

---

---

Siège social : CP 8888 • Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais 1-866-277-3677

OU

CP 669 • Iqaluit NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopie sans frais : (867) 979-8501