



VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER
À L'ADRESSE DE LA CAT INDIQUÉE CI-DESSOUS.

Dossier N°

Renseignements sur le travailleur

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

<p>ÉVALUATION VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE</p> <p>Symptômes ? (réactivité vasculaire, régulation, durée, sites anatomiques)</p> <p>Conclusions cliniques ? (pouls, couleur, troubles trophiques, oedème)</p>	<p>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS</p> <p>1) Maladies concomitantes avec séquelles vasculaires, neurologiques ou musculo-squelettiques ?</p>
<p>ÉVALUATION NEUROLOGIQUE PÉRIPHÉRIQUE</p> <p>Symptômes ? (qualité, régulation, durée, distribution anatomique)</p> <p>Conclusions cliniques ? (analyses sensorielle et motrice, réflexes)</p>	<p>2) Tabagisme ? Maintenant ou autrefois ?</p>
<p>ÉVALUATION DES EXTRÉMITÉS MUSCULO-SQUELETTIQUES ET DE LA PEAU</p> <p>Symptômes ? (force, couleur de la peau, température)</p> <p>Conclusions cliniques ? (ADM, atrophie, oedème)</p>	<p>3) Médicaments ou remèdes à base de plantes médicinales pris actuellement ?</p> <p>4) Antécédents familiaux de la maladie de Raynaud ?</p> <p>5) Exposition à des vibrations ailleurs qu'au travail ?</p>

Signature du fournisseur de soins de santé _____ Date _____

Je certifie par la présente que les renseignements donnés plus haut reflètent correctement les services que j'ai rendus.

Siège social : C. P. 8888 YELLOWKNIFE NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Ligne sans frais : 1-800-661-0792
• Télécopieur : (867) 873-4596 • 1-866-277-3677 (sans frais) ou

C. P. 669 • IQALUIT NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8501