

Rapport et estimation - Soins dentaires

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

		Numéro de dossier à la CSIT	
Fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)		Nom de famille du travailleur	Prénom
Adresse (inclure le code postal)		Adresse postale (inclure le code postal)	
Téléphone (inclure l'indicatif régional)		Adresse résidentielle	
Date de l'accident/de la blessure	AA MM JJ	Téléphone (inclure l'indicatif régional)	
Date de l'examen	AA MM JJ	Date de naissance	AA MM JJ
Nom de l'employeur		Emploi du travailleur	

1. Qui a administré le premier traitement?

2. Date du premier traitement. AA | MM | JJ

3. À quelle cause le travailleur attribue-t-il sa blessure?

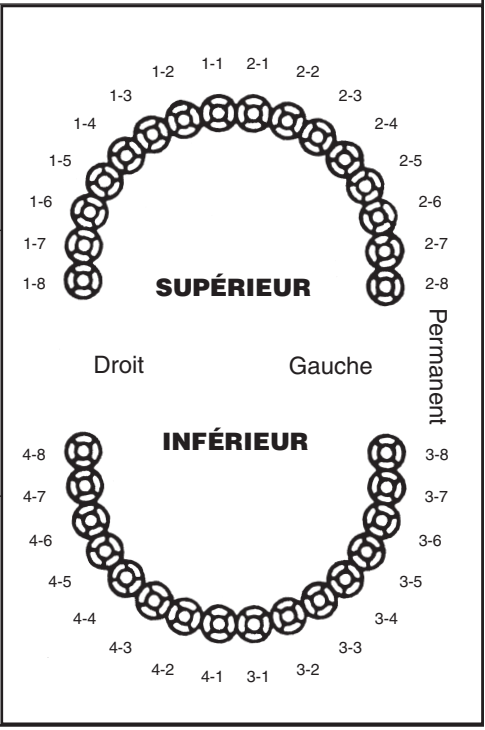
4. Décrivez les dommages résultant de l'accident. Si des prothèses dentaires sont endommagées, veuillez faire une description.

5. Veuillez décrire les dommages sur le schéma en utilisant les symboles suivants :

- Dent(s) endommagée(s) par l'accident
- Dent(s) à extraire à cause de l'accident (colorez la dent)
- X Dent(s) manquantes (avant l'accident)

6. Décrivez tout autre problème buccal pouvant être présent, en indiquant si, à votre avis, il a été causé par l'accident en question. Au besoin, effectuez une radiographie des zones blessées et rédigez un rapport radiologique.

7. Décrivez en détail votre plan de traitement pour restaurer la fonction de mastication au niveau existant avant l'accident, du mieux que possible.



8. Fournissez une estimation détaillée du plan de traitement intégral en indiquant les frais détaillés, à l'aide du barème d'honoraires de votre association dentaire.

_____	_____ \$
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
	Total _____ \$

Signature du professionnel de soins de santé _____

À DES FINS ESTIMATIVES SEULEMENT – NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN DOSSIER

Signature de la personne qui remplit le formulaire _____ Date _____

RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Extraits des *Lois sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- | | | |
|-----------------------------------|---------|---|
| Rapport du pourvoyeur | 25. (1) | Le pourvoyeur de soins de santé qui examine ou traite un travailleur dans le cadre de la de soins de santé présente un rapport à la Commission. |
| Contenu du rapport et délai | (2) | Le rapport doit contenir les renseignements exigés par la Commission et lui être présenté de présentation dans les trois jours suivant l'examen ou le traitement. |
| Responsabilité de l'établissement | (3) | Si le pourvoyeur de soins de santé visé au paragraphe (1) est employé par un établissement de soins de santé de soins de santé, ce dernier doit veiller au respect des modalités de présentation du rapport prévues au présent article. |
| Communication de | 30. | La Commission peut exiger d'un demandeur, d'un employeur ou d'un pourvoyeur de soins renseignements de santé qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité. |

Extrait des Règlements généraux de la *Loi sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- 7.2 Le pourvoyeur de soins de santé qui ne fournit pas l'information demandée en vertu de l'article 30 des Lois est passible d'une amende de 250 \$ en vertu du paragraphe 141(2).

Siège social : 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, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501

www.wscc.nt.ca • www.wscc.nu.ca