

**Veillez remplir ce formulaire et le remettre à l'adresse indiquée sur la dernière page.**

### Renseignements sur le travailleur

Nom de famille	Prénom		
Adresse postale (avec code postal)	Communauté	Téléphone (avec indicatif régional)	
Employeur	Profession du travailleur		
Date de la blessure MM   JJ   AA	Date de naissance MM   JJ   AA	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### Renseignements sur le professionnel de la santé

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Adresse (avec code postal)		
Téléphone (avec indicatif régional)			
Date de l'examen MM   JJ   AA	Heure		

### Constataion subjective

Description du travailleur de ses blessures.
Description des plaintes.

### Constataion objective

Description des conclusions <b>objectives</b> , y compris les résultats du diagnostic.	
Diagnostic :	
Programme de traitement et médicaments :	
Y a-t-il un plan de suivi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de la visite de suivi MM   JJ   AA
Y a-t-il des facteurs qui pourraient compliquer le rétablissement? (p. ex., une maladie préexistante) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, veuillez expliquer, en y joignant les détails le cas échéant.</i>	
Le travailleur est-il apte à reprendre le travail sans aucune restriction? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Si non, remplir la partie Capacités fonctionnelles au verso.</b>	

La CSTIT peut utiliser ces renseignements pour appliquer la législation en vertu des pouvoirs dont elle dispose, notamment les *Lois sur l'indemnisation des travailleurs*, les *Lois sur la sécurité* ou les *Lois sur la santé et la sécurité dans les mines* et leurs règlements connexes, ainsi que pour communiquer avec vous relativement aux exigences prévues par la législation correspondante.

*J'atteste par la présente que ce qui précède constitue une constatation fidèle des services que j'ai fournis personnellement.*

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Capacités fonctionnelles

Nom de famille du travailleur	Prénom	Numéro de la réclamation
-------------------------------	--------	--------------------------

Évaluez les capacités et les limitations globales du travailleur.

## A. Capacités et limitations

1. Veuillez indiquer les <b>capacités</b> qui s'appliquent. Donner plus de détails dans la section 3.			
Marcher <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Rester debout <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Assis <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes à 1 heure <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Soulever du sol jusqu'à la taille <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilos <input type="checkbox"/> 5 à 10 kilos <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)
Soulever de la taille jusqu'aux épaules <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilos <input type="checkbox"/> 5 à 10 kilos <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Monter les escaliers <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> 5 à 10 marches <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	Monter une échelle <input type="checkbox"/> Pleine capacité <input type="checkbox"/> 1 à 3 marches <input type="checkbox"/> 4 à 6 marches <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	
2. Veuillez indiquer les <b>limitations</b> qui s'appliquent. Donner plus de détails dans la section 3.			
<input type="checkbox"/> Plier, tordre mouvement répétitif de : (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> Travail à la hauteur ou au-dessus des épaules :	<input type="checkbox"/> Exposition à un/des produit(s) chimique(s) :	<input type="checkbox"/> Exposition environnementale à : (p. ex., chaleur, froid, bruit ou odeur)
<input type="checkbox"/> Capacité limitée à pousser ou à tirer avec : <input type="checkbox"/> Le bras gauche <input type="checkbox"/> Le bras droit <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> Utiliser un équipement motorisé : (p. ex., chariot-élévateur)	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles des médicaments (veuillez préciser). Ne pas citer les médicaments.	<input type="checkbox"/> Usage limité des mains Gauche Droite <input type="checkbox"/> Saisir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Exposition à des vibrations : <input type="checkbox"/> Tout le corps <input type="checkbox"/> La main ou le bras			
3. Commentaires supplémentaires sur les <b>capacités et les limitations</b> .			
<hr/> <hr/>			
4. À partir de la date de cette évaluation, tout ce qui précède reste en vigueur pendant environ : <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours <input type="checkbox"/> 3 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> Plus de 14 jours		5. Avez-vous discuté du retour au travail avec l'intéressé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6. Recommandation pour les heures de travail et la date de retour au travail : <input type="checkbox"/> Régulier à temps plein <input type="checkbox"/> Horaire modifié <input type="checkbox"/> Horaire progressif Date de début : MM   JJ   AA      Veuillez préciser :    Veuillez préciser :			

## B. Date du prochain rendez-vous

Date recommandée du prochain rendez-vous pour examiner les <b>capacités et les limitations</b> . MM   JJ   AA	
J'ai remis une copie de ce formulaire dûment rempli sur les capacités fonctionnelles au travailleur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Date: MM   JJ   AA	Signature du médecin : _____

Siège social : C. P. 8888 • Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : 867 920-3888 • Sans frais : 1 800 661-0792 • Téléc. : 867 873-4596  
Téléc. sans frais : 1 866 277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou  
C. P. 669 • Iqaluit NU X0A 0H0 • Téléphone : 867 979-8500 • Sans frais : 1 877 404-4407 • Téléc. : 867 979-8501  
Téléc. sans frais : 1 866 979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca

wscc.nt.ca ou wscc.nu.ca

Also available in English  
Ĉ'a ĈĈnĈĈ ĈĈĈĈĈ ĈĈĈĈĈ ĈĈĈĈĈ  
Una titraq piinnarialik pilugu Inuinnatun