

**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

## 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	

## Constatations subjectives/objectives

Y a-t-il des changements dans le diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui (veuillez expliquer) <input type="checkbox"/> Non
Description des plaintes subjectives.
Description des conclusions objectives et des résultats de laboratoire ou de radiographie.
Programme de traitement et médicaments :

## Enquête

Recommander à un spécialiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, est-ce que vous vous en chargez? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type de spécialiste
Date de la visite de suivi MM   JJ   AA	<b>Si les capacités du travailleur ont changé de manière significative, remplir la partie Capacités fonctionnelles au verso et en fournir une copie au travailleur.</b>	Consulter un conseiller médical de la CSTIT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pour _____
Facteurs compliquant le rétablissement <input type="checkbox"/> Oui (veuillez expliquer) <input type="checkbox"/> Non		

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 **capacités** qui s'appliquent. Donner plus de détails dans la section 3.

<b>Marcher</b> <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)	<b>Rester debout</b> <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)	<b>Assis</b> <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)	<b>Soulever du sol jusqu'à la taille</b> <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)
<b>Soulever de la taille jusqu'aux épaules</b> <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)	<b>Monter les escaliers</b> <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)	<b>Monter une échelle</b> <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 **limitations** 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"/> Usage limité des mains <table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td></td> <td>Droite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Saisir</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pincer</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre (veuillez préciser)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>
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"/> 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"/> Exposition à des vibrations : <input type="checkbox"/> Tout le corps <input type="checkbox"/> La main ou le bras													

3. Commentaires supplémentaires sur les **capacités et les limitations**.

---

4. À partir de la date de cette évaluation, tout ce qui précède reste en vigueur pendant environ :  
 1 à 2 jours     3 à 7 jours     8 à 14 jours     Plus de 14 jours

5. Avez-vous discuté du retour au travail avec l'intéressé?  
 Oui     Non

6. Recommandation pour les heures de travail et la date de retour au travail :  
 Régulier à temps plein     Horaire modifié     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 **capacités et les limitations**. MM | JJ | AA

J'ai remis une copie de ce formulaire dûment rempli sur les capacités fonctionnelles au travailleur :

Oui     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@wscn.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@wscn.nu.ca