

Rapport de blessure à la main

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE REMETTRE À L'ADRESSE INDIQUÉE SUR LA DERNIÈRE PAGE.

Numéro de dossier à la CSTIT

Renseignements sur le travailleur

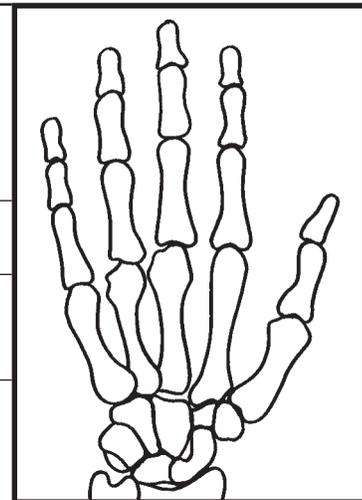
Nom de famille		Prénom						
Adresse postale (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)		
Adresse résidentielle				Date de naissance	AAAA	MM	JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X
Nom de l'employeur					Profession du travailleur			

Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

Nom du fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)				Numéro de facturation du fournisseur de la CSTIT _____							
Téléphone (inclure l'indicatif régional)				Code – d'honoraires _____ Soumis _____							
Adresse (inclure le code postal)				Code – d'honoraires _____ Soumis _____							
Date de la blessure				AAAA	MM	JJ	Date de l'examen		AAAA	MM	JJ
								Frais – du formulaire de rapport _____ Soumis _____		TOTAL _____ \$	

1. Quelle main est blessée? Droite Gauche
 Quelle est la **main dominante**? Droite Gauche
 Indiquez les **anomalies antérieures** à la main **droite**, s'il y a lieu.

 Indiquez les **anomalies antérieures** à la main **gauche**, s'il y a lieu.



2. **AMPUTATION** – Veuillez indiquer, au moyen de lignes droites (« – ») dans le schéma ci-contre, l'emplacement et l'orientation d'une amputation découlant d'un accident du travail.
3. **ARTICULATIONS À MOBILITÉ RESTREINTE** – Dans le schéma ci-contre, veuillez inscrire un « O » sur les articulations présentant une **ankylose** (perte totale de mouvement) à cause de l'accident et un « X » sur les articulations ayant subi une **mobilité réduite permanente** du fait de l'accident.
4. **FLEXION ET EXTENSION DES ARTICULATIONS BLESSÉES** – Pour chaque articulation blessée, veuillez indiquer en degrés, dans les colonnes ci-dessous, la position de flexion maximale par rapport à un doigt bien tendu (a) et le manque d'extension (b). En cas d'ankylose, indiquez à quel endroit elle se trouve. *Voir les explications au verso.*

MAIN BLESSÉE		Doigt				Pouce	
		MCP/Prox.	AIP/2 ^e	AID/Dist.		MCP/Prox.	IP/2 ^e
Auriculaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Position de flexion maximale°°
	Manque d'extension	.....°	.....°	.....°	Manque d'extension°°
Annulaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Gauche°°
	Manque d'extension°°°			
Majeur	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Droite°°
	Manque d'extension°°°			
Index	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Abduction radiale (degrés)°°
	Manque d'extension°°°			
					Adduction (cm entre IP du pouce et phalange distale palmaire du 5 ^e doigt)	..... cm	..... cm
					Opposition (cm entre IP du pouce et troisième MCP distale palmaire)	..... cm	..... cm

5. Veuillez indiquer toute autre déficience et faire des remarques sur la fonctionnalité de la main (prise, rotation de poignet, sensation, intégrité des ligaments, etc.).

6. Quelles sont les autres améliorations attendues?

7. **FLEXION ET EXTENSION DES ARTICULATIONS DE LA MAIN NON BLESSÉE** – Pour chaque articulation blessée, veuillez indiquer en degrés, dans les colonnes ci-dessous, la position de flexion maximale d'un doigt droit (a) et le manque d'extension (b). En cas d'ankylose, indiquez à quel endroit elle se trouve. *Voir les explications ci-dessous.*

MAIN NON BLESSÉE		Doigt				Pouce	
		MCP/Prox.	AIP/2 ^e	AID/Dist.		MCP/Prox.	IP/2 ^e
Auriculaire	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Position de flexion maximale°°
	Manque d'extension	.....°	.....°	.....°	Manque d'extension°°
Annulaire	Position de flexion maximale°°°			
	Manque d'extension°°°			
Majeur	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Abduction radiale (degrés)°°
	Manque d'extension	.....°	.....°	.....°	Adduction (cm entre IP du pouce et phalange distale palmaire du 5 ^e doigt)	..... cm	..... cm
Index	Position de flexion maximale	.....°	.....°	.....°	Opposition (cm entre IP du pouce et troisième MCP distale palmaire)	..... cm	..... cm
	Manque d'extension°°°			

Signature du fournisseur de soins de santé _____ Date _____

J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés décrivent fidèlement les services que j'ai personnellement administrés.

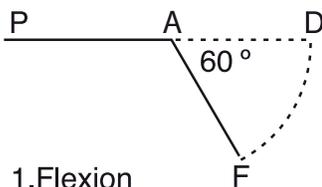
Méthode de description de la flexion et de l'extension des articulations blessées

Il est difficile de concevoir une méthode simple et efficace qui montre la réduction de flexion et d'extension des articulations des doigts. Le principal obstacle a été la description de l'extension. Après avoir attentivement étudié la question, nous avons décidé de prendre en compte les degrés de manque d'extension, au lieu des degrés de l'angle contenu dans l'extension possible.

La flexion et l'extension doivent être décrites par l'arc ou à l'angle produit par rapport à l'extrémité distale d'un doigt normal bien tendu.

Gardez à l'esprit que ce qui est toujours requis est la position de flexion et d'extension maximales à partir desquelles l'amplitude du mouvement est déduite (par soustraction), ou en cas d'ankylose, la position de cette ankylose.

1. Flexion



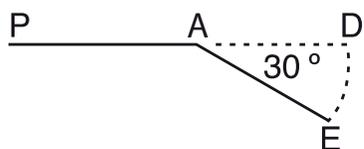
1. Flexion

Dans l'exemple ci-dessus, disons que **PAD** représentent un doigt bien tendu, **P** signifie proximal, **D** signifie distal et **A** désigne l'articulation blessée.

Dans le premier schéma, disons que **FA** représente la position de flexion maximale volontaire. Si l'angle de **FAD** équivaut à 60°, la position de flexion maximale équivaut à 60°.

Dans le second schéma, disons que **EA** représente la position de l'extension maximale volontaire. Si l'angle **EAD** est de 30°, le manque d'extension équivaut à 30°.

2. Extension



Si la flexion en angle droit est possible sans manque d'extension, la position de flexion maximale équivaudra à 90° et le manque d'extension équivaudra à 0°. S'il y a une ankylose dans la position représentée dans le premier schéma, la position de plus grande flexion équivaudra à 60° et le manque d'extension à 60°, tel que décrit auparavant.

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.

Siège social : Case postale 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 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca

ou

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

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca