

Première évaluation – Formulaire A

Date de l'évaluation	AA	MM	JJ
	aa	mm	jj

N° de demande d'indemnisation à la CSTIT
--

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille	Prénom	Autres initiales	Date de naissance	AA	MM	JJ
				aa	mm	jj
Médecin de famille	Date de l'incident	AA	MM	JJ	Le patient travaille-t-il?	
		aa	mm	jj	Travail prélesionnel <input type="checkbox"/> Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Renseignements sur le fournisseur

Nom de l'établissement de santé	N° de permis de l'intervenant de la santé
Intervenant de la santé	Téléphone
	Télécopie

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur	Personne-ressource	L'employeur a-t-il été contacté?
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Titre de poste du travailleur	Une description de tâches est-elle disponible?	Les tâches modifiées sont-elles possibles?
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Évaluation de la blessure

Diagnostic du conseiller médical (préciser la partie du corps)					
Entorse	Date de la première visite	AA	MM	JJ	Date de rétablissement prévu selon le conseiller médical
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		aa	mm	jj	AA
					aa
Constatations subjectives			Constatations objectives		
Formulaire C – Rapport sur les capacités fonctionnelles?					
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi?					
Existe-il des facteurs qui affectent la période de rétablissement?					
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :					
Retour au travail					
<input type="checkbox"/> Tâches modifiées à partir de		aa	mm	jj	<input type="checkbox"/> Travail prélesionnel à partir de
		AA	MM	JJ	AA
					aa
Une conférence de cas requis?			Documents supplémentaires en pièce jointe		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Appariement de l'emploi

Travail prélesionnel
Sédentaire <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Lourd <input type="checkbox"/> Très lourd <input type="checkbox"/>
Capacité actuelle de travail
Sédentaire <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Lourd <input type="checkbox"/> Très lourd <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/>
Tâches modifiées
Sédentaires <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes <input type="checkbox"/> Très lourdes <input type="checkbox"/>

Plan de traitement collaboratif

Objectifs	Modalités	Période recommandée
		De AA MM JJ aa mm jj À AA MM JJ aa mm jj
		De AA MM JJ aa mm jj À AA MM JJ aa mm jj
		De AA MM JJ aa mm jj À AA MM JJ aa mm jj
Demandes / Recommandations		

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. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables soient mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

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

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

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca