

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
Date de la blessure AA MM JJ aa mm jj	Le patient travaille-t-il? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser : Tâches modifiées <input type="checkbox"/> Travail prélesionnel <input type="checkbox"/>		
Une conférence de cas de prévue? Oui <input type="checkbox"/> Date (aa/mm/jj) AA MM JJ Non <input type="checkbox"/> Raison :			

Résumé

Date de réévaluation/actuelle AA MM JJ aa mm jj	Nombre de traitements	Évolution générale des capacités Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/>
Commentaires		

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

Évaluation de la blessure

Diagnostic du conseiller médical (préciser la partie du corps)		
Changement de diagnostic Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Entorse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de rétablissement prévu AA MM JJ aa mm jj
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"/>		
Retour au travail <input type="checkbox"/> Tâches modifiées à partir de aa mm jj AA MM JJ <input type="checkbox"/> Travail prélesionnel à partir de aa mm jj AA MM JJ		

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	Objectifs d'évolution	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

wsc.nt.ca • wsc.nu.ca