

Rapport sur les capacités fonctionnelles – Formulaire C

Date de l'évaluation initiale	AA aa	MM mm	JJ jj
-------------------------------	----------	----------	----------

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

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille	Prénom	Autres initiales	Lieu et nature de la lésion
Nom de l'employeur			
Personne-ressource		Téléphone	

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 des capacités physiques

Unité Livres <input type="checkbox"/> Kilogrammes <input type="checkbox"/>	Période 1			Période 2			Période 3			Période 4			Exigences de travail prélesionnel		
	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj	Poids rapportés par :		
Capacité Date de l'évaluation													Le travailleur L'employeur Autre		
F = Fréquent (66 %) S = Sporadique (33 %)	F	S		F	S		F	S		F	S				
Soulever des charges															
Au-dessus des épaules															
Horizontal															
Sol/Taille															
Transporter des charges															
Main droite															
Main gauche															
Les deux mains															
Pousser															
Tirer															

Tolérance	Durée rapportée par :										
	T	C	T	C	T	C	T	C	Le travailleur	L'employeur	Autre
T = Témoignée C = Constatée											
Debout (minutes)											
Assis (minutes)											
Marcher (distance)											

Force de préhension	D = Droite	G = Gauche	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Évaluation des capacités physiques (continuation)

Autre tâches d'emploi importants												
	Période 1			Période 2			Période 3			Période 4		
	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj	AA aa	MM mm	JJ jj
Capacité de travail P = Travail prélesionnel M = Tâches modifiées	P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Évolution fonctionnelle générale A = Amélioration S = Stable D = Détérioration	A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
Initiales de l'évaluateur												
Commentaires												

Plan de retour/présence au travail (si tâches modifiées ont été sélectionnées ci-dessus)

Période 1	
Période 2	
Période 3	
Période 4	

Résultat final du retour au travail (à remplir à la dernière visite)

<input type="checkbox"/> Aucun temps perdu	<input type="checkbox"/> Travail prélesionnel	Date	AA	MM	JJ
			aa	mm	jj
<input type="checkbox"/> N'est pas retourné au travail (Préciser la raison)	<input type="checkbox"/> Approprié	Date	AA	MM	JJ
			aa	mm	jj
Date de la dernière visite		AA	MM	JJ	
		aa	mm	jj	

c. c. : médecin traitant, employeur, CSTIT

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