

Numéro de réclamation

4C

Coordonnées du travailleur

| | | | |
|----------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Nom de famille | | Prénom | |
| Adresse | | Ville | Province |
| Code postal | Numéro de téléphone | Sexe | Numéro d'identification personnel |
| Taille | Poids | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Titre du poste |

Information sur l'employeur

| | | | |
|-------|----------|-------------|--|
| Nom | Adresse | | |
| Ville | Province | Code postal | |

Détails de la blessure

| | | | |
|--|---|-------------|----------|
| Date de l'incident | Partie du corps touchée par la blessure Dos : <input type="checkbox"/> Cervicale <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Lombo-sacrée | Extrémité : | Autres : |
| Description de l'incident ou de la blessure par le travailleur : _____ | | | |

Résultats de l'examen et diagnostic

| | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| Date de l'examen | Diagnostic | | |
| Plaintes subjectives, y compris le niveau de douleur (échelle visuelle analogue) | | | |
| Résultats objectifs (y compris l'amplitude des mouvements, le bilan musculaire, l'état neurologique, la radiographie et le score à l'inventaire de l'état) – joindre les résultats : | | | |
| Catégorie de la blessure (veuillez cocher une option) | | Raisonnement expliquant la catégorie | Demande multisite x _____ visites Veuillez confirmer la 2 ^e partie du corps touchée par la blessure et le traitement proposé : |
| Symptomatique | Perte de mobilité | Complexe | |
| Médullaire <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Extrémité <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> Multiples blessures au même endroit <input type="checkbox"/> Patient âgé de plus de 55 ans <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Plan de traitement

| |
|--|
| Type, fréquence et durée du traitement en clinique |
|--|

Programme d'exercices

| |
|--|
| Date de début : _____ (fréquence : ____/semaine; durée : ____ semaines) |
| <input type="checkbox"/> CCGI ou l'équivalent <input type="checkbox"/> Démonstration en clinique <input type="checkbox"/> Documentation d'appui fournie <input type="checkbox"/> Copie du programme jointe |

Capacités au travail

| | |
|--|--|
| Le travailleur sera-t-il restreint dans sa capacité au travail en raison de la blessure au-delà de la date de l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | À quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date |
| Le travailleur peut-il assumer des tâches modifiées ou autres? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les restrictions : | Durée des restrictions : _____ semaines |
| <input type="checkbox"/> Sédentaire : La capacité de s'asseoir jusqu'à six heures lors d'une journée de travail de huit heures, de soulever des objets légers comme des dossiers et de la papperasse fréquemment pendant la journée et de soulever des objets d'un poids maximal de 10 lb occasionnellement au cours de la journée. <input type="checkbox"/> Légère : La capacité de se tenir debout jusqu'à six heures lors d'une journée de travail de huit heures, de soulever des objets d'un poids maximal de 10 lb fréquemment et d'un poids maximal de 20 lb occasionnellement. <input type="checkbox"/> Moyenne : La capacité de se tenir debout jusqu'à six heures lors d'une journée de travail de huit heures, de soulever des objets d'un poids maximal de 25 lb fréquemment et d'un poids maximal de 50 lb occasionnellement. <input type="checkbox"/> Élevée : La même capacité de se tenir debout que les niveaux de capacité légère et moyenne, mais en mesure de soulever un poids supérieur à celui de la capacité moyenne. | |

Coordonnées du chiropraticien

| | | | |
|-----------------------------|---------------------|-------------|-------------|
| Nom du chiropraticien | Adresse | | |
| Signature du chiropraticien | Ville | Province | Code postal |
| | Numéro de téléphone | Télécopieur | Date |