

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 :	
Médullaire	<input type="checkbox"/> Symptomatique	<input type="checkbox"/> Perte de mobilité	<input type="checkbox"/> Complexé	<input type="checkbox"/> Multiples blessures au même endroit <input type="checkbox"/> Patient âgé de plus de 55 ans <input type="checkbox"/> Autre _____
Extrémité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 paperrasse 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