

Numéro de réclamation

7C

Coordonnées du travailleur

Nom de famille	Prénom		
Adresse		Ville	
Province	Code postal	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro d'identification personnel

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 :
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	----------

Résultats de l'examen et diagnostic

Y a-t-il des changements au diagnostic? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le nouveau diagnostic	Dates des examens depuis le dernier rapport
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 :		
Patient aiguillé vers un consultant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, nom et adresse du consultant	Date du rendez-vous

Plan de traitement

Type, fréquence et durée du traitement en clinique jusqu'à la fin de la prise en charge du patient :
Prolongation demandée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la raison de la prolongation

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

A quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Inconnu au moment de l'examen
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 paperasse 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		
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone	Télécopieur
Signature du chiropraticien				