

Numéro de réclamation

4

Coordonnées du travailleur

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

Information sur l'employeur

Nom		Adresse (indiquez la succursale, le cas échéant)	
Ville	Province	Code postal	

Détails de la blessure

Date de l'incident	Partie du corps touchée par la blessure
Description de l'incident ou de la blessure par le travailleur	

Résultats de l'examen et diagnostic

Date de l'examen	Code CIM	Diagnostic
Plaintes subjectives		
Résultats objectifs (y compris l'amplitude des mouvements, le bilan musculaire et l'état neurologique)		
Décrivez toute condition préexistante pouvant avoir des effets sur la guérison		
Examens effectués (p. ex., radiographie, tomodensitogramme, IRM, etc.) Joignez les résultats	Emplacement	Date

Plan de traitement

Description	Date de la prochaine visite
-------------	-----------------------------

Capacités au travail

Le travailleur sera-t-il dans l'incapacité de travailler au-delà de la date de l'incident en raison de la blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	À quel moment le travailleur peut-il reprendre ses tâches ordinaires? Date <input type="checkbox"/> Inconnu au moment de l'examen
Le travailleur peut-il assumer des tâches autres ou modifiées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les restrictions :	Durée des restrictions semaines

Information sur le médecin

Nom du médecin	Adresse		
Signature du médecin	Ville	Province	Code postal
	Numéro de téléphone	Télécopieur	Date