

Numéro de réclamation

7

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
--------------------	---

Résultats de l'examen et diagnostic

Date de l'examen	Code CIM	Y a-t-il des changements au diagnostic?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez le nouveau diagnostic			
Plaintes subjectives			
Résultats objectifs (y compris l'amplitude des mouvements, le bilan musculaire et l'état neurologique)			
La guérison est-elle satisfaisante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, y a-t-il des complications ou d'autres facteurs qui freinent le progrès?			
Examens effectués (p. ex., radiographie, tomodensitogramme, IRM, etc.) Joignez les résultats	Emplacement	Date	
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

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

Capacités au travail

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

WCB 4036