

# Rapport médical - Blessures aux yeux

**VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO**

Numéro de dossier à la CSIT	Fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)
-----------------------------	--

**Renseignements sur le travailleur**

Nom de famille		Prénom									
Adresse postale (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)					
Adresse résidentielle			Date de naissance		AA	MM	JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Nom de l'employeur			Numéro d'assurance sociale			Emploi du travailleur					
Partie du corps blessée		Date de la blessure		AA	MM	JJ	Date de l'examen		AA	MM	JJ

1. Voulez-vous qu'un médecin de la CSIT communique avec vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Qui a administré le premier traitement?	3. Date du premier traitement administré au patient   AA   MM   JJ
4. Quel œil a été blessé? <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux	
5. Acuité visuelle (lors du premier examen et avant le traitement)   Œil droit   Œil gauche	
6. À quelle cause le travailleur attribue-t-il sa blessure?	
7. Résultats de l'examen (après l'administration de la fluorescéine, indiquez l'emplacement et la gravité de la blessure sur le schéma ci-dessous)	
8. Traitement	
9. Y a-t-il la moindre preuve d'une maladie ou d'une blessure antérieure à l'un ou l'autre œil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez des précisions.	
10. Prévoyez-vous des complications? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, donnez des explications.	
11. Une invalidité permanente est-elle probable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12. Capacités de travail actuelles <input type="checkbox"/> Apte aux tâches normales de travail <input type="checkbox"/> Incapable d'exécuter des tâches normales de travail	
<p style="text-align: center;"><b>Date de reprise des tâches normales de travail</b>   AA   MM   JJ  </p> <input type="checkbox"/> Capable d'exécuter des tâches modifiées (voir les catégories au verso) <input type="checkbox"/> Limitées <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes	
<p><b>Durée des tâches modifiées</b> <input type="checkbox"/> 1 à 7 jours <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours <input type="checkbox"/> 15 à 21 jours <input type="checkbox"/> plus</p> <p style="text-align: center;"><b>Date de début des tâches modifiées</b>   AA   MM   JJ  </p>	
13. L'hospitalisation est-elle nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative, nom de l'hôpital	

Signature du professionnel de soins de santé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés sont une description fidèle des services que j'ai personnellement administrés.

Nom du travailleur

Numéro de dossier

**Renseignements sur le fournisseur de soins de santé**

Nom du fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)	<b>Numéro de facturation du fournisseur de la CSIT</b>		
Téléphone (inclure l'indicatif régional)	Code – honoraires _____	Soumis _____	
Adresse (inclure le code postal)	Code – honoraires _____	Soumis _____	
	Frais – formulaire de rapport _____	Soumis _____	
	<b>TOTAL _____ \$</b>		
	Date de l'examen	AA	MM JJ

Signature du fournisseur de soins de santé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*J'atteste par la présente que les renseignements susmentionnés sont une description fidèle des services que j'ai personnellement administrés.*

**REMARQUE À L'INTENTION DES FOURNISSEURS**

Nous payons uniquement les factures originales. Les factures envoyées par télécopieur ou les copies de facture ne seront pas payées.

**RESPONSABILITÉ DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ**

Extraits des *Lois sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- |                                   |         |   |
|-----------------------------------|---------|---|
| Rapport du pourvoyeur             | 25. (1) | Le pourvoyeur de soins de santé qui examine ou traite un travailleur dans le cadre de la de soins de santé présente loi présente un rapport à la Commission.  |
| Contenu du rapport et délai       | (2)     | Le rapport doit contenir les renseignements exigés par la Commission et lui être présenté de présentation dans les trois jours suivant l'examen ou le traitement.   |
| Responsabilité de l'établissement | (3)     | Si le pourvoyeur de soins de santé visé au paragraphe (1) est employé par un établissement de soins de santé de soins de santé, ce dernier doit veiller au respect des modalités de présentation du rapport prévues au présent article. |
| Communication de                  | 30.     | La Commission peut exiger d'un demandeur, d'un employeur ou d'un pourvoyeur de soins renseignements de santé qu'il lui communique les renseignements qu'elle juge nécessaires pour statuer sur une demande d'indemnité.                 |

Extrait des Règlements généraux de la *Loi sur les accidents du travail* des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

- 7.2 Le pourvoyeur de soins de santé qui ne fournit pas l'information demandée en vertu de l'article 30 des Lois est passible d'une amende de 250 \$ en vertu du paragraphe 141(2).

**CAPACITÉS DE TRAVAIL**

Référence : *Classification nationale des professions*

**Limitées**

Les activités de travail incluent la manipulation de charges ne dépassant pas 5 kg, par exemple :

- l'examen et l'analyse d'information financière;
- la vente de polices d'assurance à des clients;
- la conduite d'études économiques et de faisabilité.

**Légères**

Les activités de travail incluent la manipulation de charges supérieures à 5 kg, mais ne dépassant pas 10 kg, par exemple :

- la réparation de semelles, de talons et d'autres parties de chaussures;
- la classification de documents dans des tiroirs, des classeurs et des boîtes d'entreposage;
- la préparation de repas.

**Moyennes**

Les activités de travail incluent la manipulation de charges allant de 10 kg à 20 kg, par exemple :

- l'installation et l'exploitation de matériel de finition ou la finition de meubles à la main;
- le fait de mesurer, de couper et de poser du papier peint sur les murs;
- le réglage, le remplacement et la réparation de composantes mécaniques ou électriques au moyen d'outils à main et d'équipement.

**Lourdes**

Les activités de travail incluent la manipulation de charges pesant plus de 20 kg, par exemple :

- l'exploitation et l'entretien d'équipement de pont et l'exécution d'autres tâches de pont à bord d'un navire;
- le fait de pelleter du ciment et autres matériaux dans les mélangeurs à ciment et d'exécuter d'autres activités visant à aider à l'entretien et la réparation des routes;
- le fait de mesurer, de couper et de lever des panneaux de cloison sèche à être installées sur les murs et les plafonds.

**À l'usage du bureau**

Fournisseur	Demande de proposition	Code de facturation	Entré par	Date	Autorisé par	Date
-------------	------------------------	---------------------	-----------	------	--------------	------

Siège social : C.P. 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677

ou

C.P. 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501