

Rapport de progrès médical

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

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

Renseignements sur le travailleur

Nom du travailleur		Prénom du travailleur							
Adresse (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)			
Domicile		Date de naissance		AA	MM	JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Employeur					Emploi du travailleur				
Partie du corps blessée		Date de l'accident		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. Capacités de travail actuelles <input type="checkbox"/> Apte aux tâches normales de travail <input type="checkbox"/> Incapable d'exécuter des tâches normales de travail									
Date de reprise des tâches normales de travail AA MM JJ									
<input type="checkbox"/> Capable d'exécuter des tâches modifiées (<i>voir les catégories au verso</i>)									
<input type="checkbox"/> Limitées <input type="checkbox"/> Légères <input type="checkbox"/> Moyennes <input type="checkbox"/> Lourdes									
Durée des tâches modifiées <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 _____									
Date de début des tâches modifiées AA MM JJ									
3. Description de l'accident par le travailleur. De quelle manière l'accident s'est-il produit ?									
4. Plaintes subjectives									
5. Conclusions objectives									
6. Maladies ou blessures précédentes importantes									
7. Examens (analyses, radiographies, tomodensitogramme, etc.)									
8. Diagnostic							Code CIM		
9. Traitements, conseils, consultations prescrites									
10. Le travailleur a-t-il été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Nom de l'hôpital</i>									
11. Une invalidité permanente est-elle probable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
12. Le travailleur sera-t-il de nouveau examiné ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Quand ? Par qui ?</i>									

