



Veillez envoyer ce formulaire par courriel au moyen du portail de Mes services ou par télécopie au 1 888 629-4722. Si le formulaire a été envoyé par courriel ou par télécopie, NE PAS envoyer l'original par la poste.

**Premier rapport du médecin sur l'accident ou la maladie professionnelle**     **Rapport d'évolution médicale**

|                |                          |                     |  |                  |            |
|----------------|--------------------------|---------------------|--|------------------|------------|
| <b>PATIENT</b> | N° d'assurance-maladie : | N° de réclamation : | Date et heure de la visite :                                     | AAAA-MM-JJ       | AM/PM      |
|                | Nom :                    | Prénom :            | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme | DN :             | AAAA-MM-JJ |
|                | Adresse :                |                     | Ville / Village :  |                  | Province : |
|                | Code postal :            | N° de téléphone :   | Date de l'incident :   | AAAA-MM-JJ       |            |
|                | Employeur :              |                     |  | Titre de poste : |            |

|                           |   |   |  |                          |                          |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
|---------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------|--------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>FOURNISSEUR</b>        | <input type="checkbox"/> Entorse ou foulure aiguë <input type="checkbox"/> Fracture<br><input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif<br><input type="checkbox"/> Autre blessure / maladie (par exemple, laceration ou blessure psychologique) (Veuillez préciser)  | Commotion cérébrale / traumatisme cérébral léger, blessure à la tête avec :<br><input type="checkbox"/> Altération de l'état mental <input type="checkbox"/> Anomalie focale<br><input type="checkbox"/> Amnésie <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | Autre blessure ou blessure antérieure qui a un effet sur le rétablissement : |                          |                          |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
|                           | Description de la blessure ou maladie liée au travail (veuillez indiquer les constatations objectives / subjectives) :  |   |  |                          |                          |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
|                           | <table border="0"> <tr> <td>Partie du corps</td> <td>Gauche</td> <td>Droite</td> <td>Partie du corps</td> <td>Gauche</td> <td>Droite</td> </tr> <tr> <td>Épaule</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Main / Doigt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coude</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hanche / Cuisse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Poignet</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Genou</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avant-bras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cheville / Pied</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cou</td> <td><input type="checkbox"/> Haut du dos</td> <td><input type="checkbox"/> Bas du dos</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Autre structure anatomique (non mentionnée plus haut) : (Veuillez préciser) | Partie du corps   | Gauche   | Droite                   | Partie du corps          | Gauche | Droite | Épaule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Main / Doigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hanche / Cuisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poignet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Genou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avant-bras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cheville / Pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Cou | <input type="checkbox"/> Haut du dos | <input type="checkbox"/> Bas du dos |  |  | S'il s'agit d'un rapport d'évolution médicale :<br>Évolution subjective : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration<br>Évolution objective : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration<br>En plus de ce formulaire, veuillez joindre les notes ou rapports cliniques qui s'appliquent. |  |
|                           | Partie du corps   | Gauche  | Droite   | Partie du corps          | Gauche                   | Droite |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
| Épaule                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | Main / Doigt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
| Coude                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | Hanche / Cuisse  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
| Poignet                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | Genou  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
| Avant-bras                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | Cheville / Pied  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
|                           | <input type="checkbox"/> Cou  | <input type="checkbox"/> Haut du dos  | <input type="checkbox"/> Bas du dos  |                          |                          |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |
| Diagnostic préliminaire : | Tests diagnostiques demandés : <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Radiographie<br>Autre : _____ Établissement : _____  |   |  |                          |                          |        |        |        |                          |                          |              |                          |                          |       |                          |                          |                 |                          |                          |         |                          |                          |       |                          |                          |            |                          |                          |                 |                          |                          |  |                              |                                      |                                     |  |  |  |  |

Le plan de traitement comprend :  Chiropractie     Physiothérapie    Renvoi à un spécialiste : D' \_\_\_\_\_ Traitement : \_\_\_\_\_

| <b>NOTE POUR L'EMPLOYEUR</b>  | Recommandations du médecin sur les capacités fonctionnelles ( <b>Veuillez remettre la page 2 de ce formulaire au patient.</b> )<br><input type="checkbox"/> 1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles du point de vue médical.<br><input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical.<br>Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles.   | Autres limitations (heures réduites, limitations attribuables à la prise de médicaments) |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
|---|---|--|-----------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|   | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Tâche</th> <th>Capable</th> <th>Incapable</th> <th>Tâche</th> <th>Capable</th> <th>Incapable</th> <th>Tâche</th> <th>Capable</th> <th>Incapable</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se pencher / Se tordre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pousser / Tirer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Se servir des membres supérieurs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grimper</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>S'asseoir</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Conduire un véhicule à moteur</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>S'agenouiller</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Se tenir debout</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Utiliser du transport en commun</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soulever</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Marcher</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Conduire du matériel lourd</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | Tâche  | Capable         | Incapable                | Tâche                    | Capable                          | Incapable                | Tâche                    | Capable   | Incapable | Se pencher / Se tordre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pousser / Tirer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se servir des membres supérieurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grimper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | S'asseoir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire un véhicule à moteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | S'agenouiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se tenir debout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser du transport en commun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soulever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire du matériel lourd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
|   | Tâche   | Capable  | Incapable       | Tâche                    | Capable                  | Incapable                        | Tâche                    | Capable                  | Incapable |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Se pencher / Se tordre  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Pousser / Tirer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se servir des membres supérieurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Grimper   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | S'asseoir       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire un véhicule à moteur    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| S'agenouiller   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Se tenir debout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser du transport en commun  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Soulever  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Marcher         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire du matériel lourd       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Valide pour _____ jours (maximum de deux semaines sans un autre examen) |   |  |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |           |           |                        |                          |                          |                 |                          |                          |                                  |                          |                          |         |                          |                          |           |                          |                          |                               |                          |                          |               |                          |                          |                 |                          |                          |                                 |                          |                          |          |                          |                          |         |                          |                          |                            |                          |                          |  |

|                              |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|
| <b>COMPTE DU FOURNISSEUR</b> | Type de fournisseur de soins de santé :  | Code du bénéficiaire de Travail sécuritaire NB : _____                | Adresse du fournisseur de soins de santé : _____ |
|                              | <input type="checkbox"/> Médecin d'urgence   | Code(s) de service du bureau du fournisseur de soins de santé : _____ | Province : _____                                 |
|                              | <input type="checkbox"/> Médecin de famille  |   | Code postal : _____                              |
|                              | <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne  |   | N° de téléphone : _____                          |
|                              | <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste<br><input type="checkbox"/> Clinique sans rendez-vous |   |  |

Le paragraphe 41(10) de la Loi sur les accidents du travail vous autorise à divulguer les renseignements demandés.  
 En remplissant ce formulaire, j'atteste que selon moi la blessure ou la maladie est conforme à l'exposition ou à l'accident survenu au travail. En présentant ce document, j'atteste que les renseignements sont exacts et que les normes relatives aux meilleures pratiques ont été respectées. Je comprends qu'un paiement ne sera effectué que si le formulaire est rempli de façon lisible.

Nom (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



Premier rapport du médecin sur l'accident ou la maladie professionnelle     Rapport d'évolution médicale

|                |                     |                   |  |      |            |       |
|----------------|---------------------|-------------------|--|------|------------|-------|
| <b>PATIENT</b> | N° de réclamation : |                   | Date et heure de la visite :                                     |      | AAAA-MM-JJ | AM/PM |
|                | Nom :               | Prénom :          | <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme | DN : | AAAA-MM-JJ |       |
|                | Adresse :           |                   | Ville / Village :  |      | Province : |       |
|                | Code postal :       | N° de téléphone : | Date de l'incident :   |      | AAAA-MM-JJ |       |
|                | Employeur :         |                   | Titre de poste :   |      |            |       |

**Les renseignements médicaux ont été omis de la copie de l'employeur conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.**

|   |  |                          |                          |                          |                          |                                 |  |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>NOTE POUR L'EMPLOYEUR</b>  | Recommandations du médecin sur les capacités fonctionnelles  |                          |                          |                          |                          |                                 | Autres limitations (heures réduites, limitations attribuables à la prise de médicaments) |                          |                          |
|   | <input type="checkbox"/> 1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles du point de vue médical.<br><input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical.<br>Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles. |                          |                          |                          |                          |                                 |  |                          |                          |
|   | Tâche  | Capable                  | Incapable                | Tâche                    | Capable                  | Incapable                       | Tâche  | Capable                  | Incapable                |
|   | Se pencher / Se tordre   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pousser / Tirer          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | Se servir des membres supérieurs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grimper   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | S'asseoir                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire un véhicule à moteur   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| S'agenouiller   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Se tenir debout          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Utiliser du transport en commun | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Soulever  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Marcher                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduire du matériel lourd      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Valide pour _____ jours (maximum de deux semaines sans un autre examen) |  |                          |                          |                          |                          |                                 |  |                          |                          |

|                              |   |           |
|------------------------------|---|-----------|
| <b>COMPTE DU FOURNISSEUR</b> | En remplissant ce formulaire, j'atteste que selon moi la blessure ou la maladie est conforme à l'exposition ou à l'accident survenu au travail. En présentant ce document, j'atteste que les renseignements sont exacts et que les normes relatives aux meilleures pratiques ont été respectées. Je comprends qu'un paiement ne sera effectué que si le formulaire est rempli de façon lisible. |           |
|                              | Nom (en lettres moulées)  | Signature |