

DÉTERMINATION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 | Téléphone : 867-667-5645 | Sans frais : 1-800-661-0443 | Téléc. : 867-667-8740 | Site Web : www.wcb.yk.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA TRAVAILLEUSE OU LE TRAVAILLEUR		RENSEIGNEMENTS SUR LA OU LE PRESTAIRE DE SOINS	
Nom de famille		Nom	
Prénom			
Adresse			
Téléphone	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Adresse	
Réclamation soumise ☐ Oui ☐ Non	N° de réclamation ou partie du corps		
Date de la blessure (jj-mm-aaaa)		Téléphone	Télécopieur
PARTIE A ☐ La patiente ou le patient n'a pas de limitation fonctionnelle		Date de la visite (jj-mm-aaaa)	Heure de la visite

PARTIE B		
☐ La patiente ou le patient a des limitations fonctionnelles, mais peut reprendre le travail aux conditions suivantes :		
☐ Ne pas soulever de charge ☐ Pas plus haut que les épaules ☐ Soulever selon la tolérance ☐ Marcher* ☐ Horaire réduit* ☐ Autre*	☐ Membres supérieurs* ☐ Se pencher, faire des torsions, s'agenouiller ☐ Escaliers/échelles ☐ Debout* ☐ Changement d'environnement ou de lieu de travail à court	☐ Assis ☐ Contraintes liées à la médication* ☐ Contraintes liées à l'environnement de travail

* Merci d'expliquer ces contraintes

Durée estimée des limitations fonctionnelles (en jours)

☐ J'ai passé le présent rapport en revue avec la patiente ou le patient et lui ai remis une copie du document.
Je certifie qu'il s'agit d'un rapport complet et exact.

Signature du prestataire de soins _____ Date de la prochaine visite _____

Ces renseignements sont recueillis en application de la *Loi sur la sécurité et l'indemnisation des travailleurs* pour déterminer l'admissibilité aux prestations. Si vous avez des questions à ce sujet, merci de communiquer avec la ou le responsable de la protection des renseignements personnels de la CSIT à l'adresse susmentionnée ou en composant le 867-667-5645 ou (sans frais au Yukon) le 1-800-661-0443.