

Faites parvenir cette page à **Travail sécuritaire NB**. Vous pouvez l'envoyer par courriel sécurisé par le biais du portail de Mes services ou par télécopie au numéro **1 888 629-4722**. Si vous l'envoyez par courriel ou télécopie, N'ENVOYEZ PAS l'original par la poste.

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

PATIENT	N° d'assurance-maladie :	N° de réclamation :	Date et heure de la visite :	AAAA	MM	JJ	00:00 AM/PM
	Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> X	DN :	AAAA	MM JJ
	Adresse :		Ville / Village :		Province :		
	Code postal :	N° de téléphone :	Date de l'incident :		AAAA	MM	JJ
	Employeur :		Titre de poste :				

FOURNISSEUR	<input type="checkbox"/> Entorse ou foulure aiguë <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Lésion attribuable au travail répétitif <input type="checkbox"/> Autre blessure / maladie (par exemple, laceration ou blessure psychologique) (Veuillez préciser)	Commotion cérébrale / traumatisme cérébral léger, blessure à la tête avec : <input type="checkbox"/> Altération de l'état mental <input type="checkbox"/> Anomalie focale <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 colspan="2"><input type="checkbox"/> Cou</td> <td><input type="checkbox"/> Haut du dos</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Bas du dos</td> </tr> </table>	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 : Évolution subjective : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration Évolution objective : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration 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 Autre : _____ Établissement : _____																																							

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

NOTE POUR L'EMPLOYEUR	Recommandations du médecin sur les capacités fonctionnelles (Veuillez remettre la page 2 de ce formulaire au patient.)	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. <input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles.																																													
	<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> <p>Valide pour _____ jours (maximum de deux semaines sans un autre examen)</p>	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"/>																																						

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

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 _____ Date AAAA MM JJ

Remettez cette page au **patient** afin qu'il la donne à son employeur.

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

PATIENT	N° de réclamation :		Date et heure de la visite :		AAAA	MM	JJ	00:00 AM/PM	
	Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> X	DN :	AAAA	MM	JJ
	Adresse :		Ville / Village :		Province :				
	Code postal :	N° de téléphone :	Date de l'incident :		AAAA	MM	JJ		
	Employeur :		Titre de poste :						

Vous êtes ici!

Vous avez subi une blessure au travail? Et maintenant?

Il n'est pas facile de savoir quoi faire lorsque vous avez subi une blessure au travail. C'est cependant rassurant de savoir que vous avez une équipe à votre service. Le *Formulaire médical 8-10* (page 2) est un bon point de départ pour votre rétablissement. Veuillez le remettre à votre superviseur ou gestionnaire dès que possible afin qu'il connaisse vos capacités de travail actuelles. Voici les étapes à suivre pour signaler un accident du travail et présenter une demande de prestations d'indemnisation.

Pour en apprendre plus sur l'indemnisation des travailleurs et le processus de demande de prestations, allez à travailsecuritairenbc.ca.

Vous n'avez toujours pas avisé votre employeur de votre blessure ou maladie? Faites-le dès que possible!

Signalez l'accident à votre employeur.

Avisez votre employeur que vous avez subi une blessure au travail dès que possible. Il peut vous aider à recevoir l'aide nécessaire. Il doit aussi aider à réduire le risque que d'autres personnes ne se blessent au travail.

Obtenez des soins médicaux, au besoin.

Donnez le plus de détails possibles à votre fournisseur de soins afin qu'il puisse vous aider. Dites-lui qu'il s'agit d'une blessure subie au travail.

Remettez la page 2 du Formulaire médical 8-10 à votre employeur.

La page 2 donne des renseignements importants sur vos capacités de travail afin de vous aider, ainsi que votre employeur à déterminer les prochaines étapes.

Si vous voulez présenter une demande de prestations d'indemnisation, remplissez une Demande de prestations des travailleurs.

Les prestations peuvent comprendre des traitements médicaux, des prestations pour perte de gains ou les deux. Vous pouvez vous procurer le formulaire à l'adresse travailsecuritairenbc.ca.

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.

NOTE POUR L'EMPLOYEUR	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. <input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas du point de vue médical. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles.							
	Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable	Incapable	Tâche	Capable
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)								

COMPTE DU FOURNISSEUR	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 _____	Date AAAA MM JJ _____