

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 chiropraticien sur l'accident ou la maladie professionnelle **Rapport d'évolution du chiropraticien**

PATIENT	N° d'assurance-maladie :	N° de réclamation :	Date de la visite :	AA	MM	JJ	Heure :	00:00	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	Nom de famille :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance :			AAAA	MM	JJ
	Adresse :		Ville / Village :			Province :			
	Code postal :	N° de téléphone (cellulaire) :	N° de téléphone (domicile / autre) :	Date de l'incident :			AAAA	MM	JJ
	Employeur :		Titre de poste :						

RAPPORT CLINIQUE	<input type="checkbox"/> Entorse ou foulure aiguë Lésion attribuable au travail répétitif <input type="checkbox"/> Autre blessure / maladie <small>(par exemple, disque, fracture, laceration ou blessure psychologique) Veuillez préciser.</small>		Description de la blessure / maladie, symptômes du travailleur et constatations à la suite de l'examen (y compris, dysfonctionnement articulaire)						
	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		Radiographie						
	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 Haut du dos Bas du dos <input type="checkbox"/> Autre <small>Veuillez préciser.</small>		S'il s'agit d'un rapport d'évolution médicale : Évolution subjective : Évolution objective : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Détérioration <input type="checkbox"/> Détérioration En plus de ce formulaire, veuillez joindre les notes ou rapports cliniques qui s'appliquent.		Facteurs aggravants				
	Diagnostic préliminaire :		Recommandation(s) : <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Évaluation en ergothérapie <input type="checkbox"/> Imagerie <input type="checkbox"/> Autre					Veuillez préciser.	
	Traitement : <small>(plan / type / fréquence)</small>								

NOTE POUR L'EMPLOYEUR	Capacités fonctionnelles (Veuillez remettre la page 2 de ce formulaire au patient.) <input type="checkbox"/> 1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles. <input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles. <input type="checkbox"/> 3. L'équipe de gestion des réclamations demandera de plus amples détails.						Autres limitations / modifications / commentaires					
	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 14 jours sans un autre examen)												

FOURNISSEUR	Code du bénéficiaire de Travail sécuritaire NB : _____		
	Adresse du fournisseur : _____		
	Ville / Village : _____		Province : _____
	Code postal : _____		N° de téléphone : _____
	Le paragraphe 4.1(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 _____			

Date du service	Description du service	Frais
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Total		

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

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

PATIENT	N° de réclamation :		Date de la visite : AA MM JJ		Heure : 00:00 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	Nom de famille :	Prénom :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance : AAAA MM JJ	
	Adresse :		Ville / Village :		Province :
	Code postal :	N° de téléphone (cellulaire) :	N° de téléphone (domicile / autre) :	Date de l'incident : AAAA MM JJ	
	Employeur :		Titre de poste :		

CONSEILS POUR LES TRAVAILLEURS

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 Rapport du chiropraticien 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 travailsecuritairenb.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 de santé, 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 Rapport du chiropraticien 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, des prestations pour perte de gains ou les deux. Vous pouvez vous procurer le formulaire à l'adresse travailsecuritairenb.ca.

Les renseignements cliniques 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	Capacités fonctionnelles						Autres limitations / modifications / commentaires										
	<input type="checkbox"/> 1. Capable d'accomplir ses tâches habituelles. <input type="checkbox"/> 2. Capable / Incapable d'accomplir les tâches qui figurent plus bas. Travail sécuritaire NB peut prendre des mesures en vue d'une évaluation structurée des capacités fonctionnelles. <input type="checkbox"/> 3. L'équipe de gestion des réclamations demandera de plus amples détails.																
	Tâche	Capable	Incapable	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 14 jours sans un autre examen)																	

FOURNISSEUR	Nom (en lettres moulées) _____	Signature _____	Date AAAA MM JJ _____