



# COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

Physiothérapie  Ergothérapie

N° de dossier  
du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Renseignements sur le travailleur</b>		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie
Code postal	Date de l'événement d'origine	Date de récurrence, rechute ou aggravation

<b>Médecin</b>	
Médecin qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription
<b>1</b> Diagnostic	
<b>2</b> Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6 <sup>e</sup> semaine de la date de l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>3</b> Prise en charge en ergothérapie avant la 6 <sup>e</sup> semaine de la date de l'événement indiquée par le médecin qui a charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>4</b> Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le médecin qui a charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<b>Renseignements sur le fournisseur</b>	
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	N° de fournisseur
<b>5</b> Transfert de clinique (ou d'établissement de santé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Téléphone
	Télécopieur

<b>6</b> Indiquez les soins et traitements ou services rendus en utilisant les codes appropriés disponibles sur le site Web de la CNESST.																																	
Mois	An	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Précisez la date du dernier traitement ou de la dernière absence si elle est la cause de la fin des traitements													Date de la fin des traitements																				

<b>Intervenant de la santé</b>	
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date