CNESST

COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie

N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie
Code postal	Date de l'événement d'origine (A A A A M M J J)	Date de récidive, rechute ou aggravation (A A A A M M J J)

Professionnel de la santé

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription (A A A A M M J J)

1. Diagnostic

2. Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6e semaine de la date de l'événement?
   ☐ Oui ☐ Non

3. Prise en charge en ergothérapie avant la 6e semaine de la date de l'événement indiquée par le professionnel de la santé qui a charge ?
   ☐ Oui ☐ Non

4. Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le professionnel de la santé qui a charge ?
   ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		N° de fournisseur
5. Transfert de clinique (ou d'établissement de santé) : ☐ Oui ☐ Non	Téléphone	Télécopieur

6. 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 (A A A A M M J J)

Intervenant de la santé

Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)