

N° d'assurance maladie

Prénom et nom
à la naissance

Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Année	Mois
				Date d'expiration		
Init.	Nom du professionnel de la santé	Numéro	Groupe			

Sommaire de prise en charge
Code RAMQ 09927

D'évolution
Code RAMQ 09928

Date de l'événement d'origine

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de récursive, rechute ou aggravation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de la visite

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Espace réservé à la CNESST

N° de dossier du travailleur

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

Diagnostic(s) précis et renseignements complémentaires

Examen(s) prescrit(s) depuis la dernière visite

Traitement(s) prescrit(s) ou en cours depuis la dernière visite

Physiothérapie Ergothérapie

Autre(s) _____

Chirurgie prévue

Oui Non Le cas échéant, date de signature de la requête

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Type d'intervention _____

Nom de l'établissement de santé ou du professionnel de la santé

Reverrez-vous le travailleur ?

Oui Non Si oui, date prévue

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Avez-vous effectué une demande de consultation auprès d'un autre professionnel de la santé ?

Oui Non

Si oui, date de la demande

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du professionnel de la santé _____

J'assurerai le suivi malgré cette demande Oui Non

Période prévisible de consolidation

Nombre de jour(s) à compter de la visite ou Nombre de semaine(s) à compter de la visite

Évolution de la lésion professionnelle

État amélioré Stable Détérioré

Précisez par des commentaires additionnels

Séquelles permanentes à prévoir Oui Non

Lieu de la visite

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé

Adresse

Téléphone

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

Télécopieur

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

Cochez si professionnel de la santé non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu Victime d'un acte criminel Sauveteur (acte de civisme)

Signature du professionnel de la santé

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

CNESST

« La CNESST transmet sans délai au professionnel de la santé désigné par l'employeur copies des rapports médicaux qu'elle obtient en vertu de la présente section et qui concernent le travailleur de cet employeur ».

(LATMP, art. 215)

TRAVAILLEUR

La LATMP (art. 274 - 276) précise qu'un travailleur doit informer sans délai son employeur de la date de consolidation de sa lésion et il doit également informer sans délai la CNESST lorsqu'il réintègre son emploi.

EMPLOYEUR

La LATMP (art. 274 - 276) précise qu'un travailleur doit informer sans délai son employeur de la date de consolidation de sa lésion et il doit également informer sans délai la CNESST lorsqu'il réintègre son emploi.

PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

1. Assurez-vous d'avoir pris connaissance du *Guide d'utilisation des formulaires médicaux* avant de remplir ce formulaire.
2. **Le professionnel de la santé qui remplit ce formulaire doit fournir tous les renseignements demandés, conformément au guide.** Si les renseignements fournis sont incomplets, manquants ou non conformes au guide, ils devront être fournis sans frais supplémentaires, à la demande de la CNESST.
3. **Le rapport médical sommaire de prise en charge** doit être rempli par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, dès l'instant où il prévoit que la lésion professionnelle sera consolidée **plus de 14 jours** après la date à laquelle le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion. Ce même professionnel de la santé remplit un seul rapport médical de prise en charge par événement pour un même travailleur et **l'expédie à la CNESST dans les 6 jours du premier examen.** Tout professionnel de la santé qui ultérieurement prend charge du travailleur doit également remplir ce rapport.
4. Le **rapport médical d'évolution** est rempli chaque fois que le professionnel de la santé qui a charge du travailleur observe des **changements significatifs** dans la nature et la durée des soins ou des traitements donnés au travailleur. Ce rapport doit être **expédié à la CNESST sans délai.**
5. Dans le cas où le bénéficiaire est victime d'un acte criminel, les termes « travailleur » et « son travail » doivent être interprétés respectivement par « victime » et « ses activités ».
6. CONSOLIDATION : guérison ou stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible.
7. Codes RAMQ :
 - Rapport médical de prise en charge : 09927
 - Rapport médical d'évolution : 09928

NOTE : LORSQUE LA LÉSION EST CONSOLIDÉE, IL FAUT REMPLIR UN RAPPORT FINAL.