

Physiothérapie  Ergothérapie

N° de dossier  
du travailleur

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

Renseignements sur le travailleur																		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Code postal	Date de l'événement d'origine <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Date de récurrence, rechute ou aggravation <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J											
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 <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
<p><b>1</b> Diagnostic</p> <p><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</p> <p><b>3</b> Prise en charge en ergothérapie avant la 6<sup>e</sup> semaine de la date de l'événement indiquée par le professionnel de la santé qui a charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>4</b> Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le professionnel de la santé qui a charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>									

Renseignements sur le fournisseur		
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

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 <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>																A	A	A	A	M	M	J	J
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 <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
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 <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
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 <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		

## Notes explicatives

Ce formulaire sert à la facturation des soins et traitements fournis par un ou une physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ou par un ou une ergothérapeute membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

Les soins et traitements fournis doivent être facturés dans les 180 jours de la date de la dispensation du service pour être remboursables.

Le compte doit être transmis directement à la CNESST par le fournisseur en utilisant ce formulaire.

Aucune somme ne peut être réclamée au travailleur par le fournisseur de soins ou de traitements (*Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, article 194).

Lorsque le physiothérapeute, l'ergothérapeute ou le thérapeute en réadaptation physique juge que l'état du travailleur a atteint un plateau de récupération fonctionnelle, il doit mettre fin aux traitements et diriger le travailleur vers le professionnel de la santé qui en a charge.

- 1 Indiquez le diagnostic qui a donné lieu à la prescription du professionnel de la santé qui a charge du travailleur.
- 2 Indiquez si le diagnostic ou le siège de lésion correspond à l'une des situations énumérées ci-dessous et nécessite une prise en charge en ergothérapie avant la sixième (6<sup>e</sup>) semaine qui suit la date de l'événement d'origine ou la date de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation :
  - une lésion à la main ou au poignet ;
  - un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion ;
  - une atteinte nerveuse des membres supérieurs ;
  - une brûlure, peu importe le siège de la lésion.
- 3 Pour tout diagnostic ou siège de lésion autre que ceux énumérés au point précédent, précisez si une prise en charge en ergothérapie est indiquée par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur.
- 4 Précisez si le professionnel de la santé qui a charge du travailleur a indiqué une fréquence supérieure à trois traitements par semaine. La prescription doit être conservée au dossier tenu par l'intervenant de la santé pour la même période qu'il doit conserver celui-ci. Ce registre doit être mis à la disposition de la CNESST, sur demande.
- 5 Indiquez si le travailleur recevait des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dans un autre établissement de santé ou clinique que le vôtre.
- 6 Enregistrez les présences et les absences du travailleur à ses traitements en inscrivant la date (année, mois et jour) selon les codes appropriés :

Code Description des codes de présence	
U	Évaluation initiale sans traitement
I	Évaluation initiale et traitement
3	Évaluation initiale sans traitement à domicile en physiothérapie
H	Évaluation initiale et traitement à domicile en physiothérapie
V	Traitement à domicile en physiothérapie
5	Premier traitement à la suite d'une nouvelle prescription permettant plus de trois (3) traitements
P	Présence à un traitement
A	Absence du travailleur
X	Annulation d'un jour de soins
2	Premier traitement donné par un thérapeute en réadaptation physique dont l'évaluation initiale a déjà été effectuée par le professionnel de la santé traitant
4	Premier traitement à la suite d'un changement du numéro du fournisseur (changement de nom, vente ou fusion d'une clinique)

La CNESST doit recevoir le compte de l'évaluation initiale dans les sept jours suivant la première visite du travailleur.