

N° de fournisseur	
-------------------	--

1. Renseignements sur l'organisme			
Raison sociale			
Adresse (N°, Rue, Bureau)		Ville	
Province	Pays	Code postal	Téléphone

2. Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	N° de dossier du travailleur
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)		Ville	
Province	Pays	Code postal	Téléphone

3. Rapport final		Date de l'événement	A A A A M M J J
Veillez joindre le rapport final s'il n'est pas déjà acheminé à la CNESST (Voir indications au verso)		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	A A A A M M J J

4. Demande de paiement	
Date de la demande de services	A A A A M M J J

A) Services rendus	Durée en jours ou en heures	Tarif heure / jour	Total
Module 1: Conditionnement physique			
Évaluation de la condition physique	<input type="checkbox"/>		
Conditionnement physique	<input type="checkbox"/>		
Module 2: Évaluation des capacités fonctionnelles de travail			
Option A- Évaluation globale des capacités fonctionnelles de travail	<input type="checkbox"/>		
Option B- Évaluation des capacités fonctionnelles de travail en fonction d'un emploi particulier	<input type="checkbox"/>		
Module 3: Développement des capacités fonctionnelles de travail			
Option A- Développement des capacités fonctionnelles de travail en fonction d'activités générales	<input type="checkbox"/>		
Option B- Développement des capacités fonctionnelles de travail en fonction d'activités particulières	<input type="checkbox"/>		
Module 4: Analyse et adaptation d'un poste de travail			
Option A- Analyse complète d'un poste de travail	<input type="checkbox"/>		
Option B- Consultation professionnelle sur un ou plusieurs aspects particuliers d'un poste de travail	<input type="checkbox"/>		
Option C- Adaptation d'un poste de travail	<input type="checkbox"/>		
Module 5: Orientation professionnelle			
Option A- Processus complet d'orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>		
Option B- Consultation sur un ou plusieurs aspects particuliers du processus d'orientation professionnelle	<input type="checkbox"/>		
B) Frais de déplacement		Total partiel (A)	
Temps de déplacement	Durée (en heures)	Tarif	Total
Frais de déplacement	Distance	Tarif	Total
Divers (repas et hébergement)		Tarif	Total
		Total partiel (B)	
Période couverte	Du	Date de début des services	Au
			Date de fin des services
			Montant facturé (A+B)

5. Responsable			
Nom de la personne responsable		Téléphone	Poste
Signature		Date	A A A A M M J J

Réservé à la CNESST	
Approuvé par	Date A A A A M M J J
Explications	Montant autorisé

Description du formulaire

N° de dossier du travailleur : cette information est essentielle.

1. Renseignements sur l'organisme

- Nom de l'organisme ou raison sociale, adresse, téléphone

2. Renseignements sur le travailleur

- Nom de famille (selon l'acte de naissance), prénom, adresse du domicile, téléphone, date de l'événement et date de la récurrence, rechute ou aggravation, s'il y a lieu

3. Rapport final

Les renseignements suivants doivent accompagner le présent formulaire :

• Antécédents du travailleur ou de la travailleuse

- Emploi occupé au moment de la lésion
- Niveau de formation du travailleur ou de la travailleuse
- Condition médicale
- Observations (renseignements pouvant influencer les résultats)
 - douleurs et symptômes (observations sur l'évolution)
 - dynamique de la personne (motivation, collaboration, intérêts, etc.)
 - autres observations : collaboration de l'employeur (s'il y a lieu), etc.

• Emploi désigné (description du type d'emploi ou du poste de travail désigné - modules 2B, 3B et 4)

- Titre de l'emploi
- Nom de l'employeur (entreprise, compagnie, etc.)
- Description des tâches
- Analyse des activités et exigences de travail (**module 4**)

• Bilan et recommandations

Bilan des capacités physiques - modules 1 et 2

- Présentation des modalités, tests et activités
- Résultats
(Au début et à la fin de la session de conditionnement - **module 1 seulement**)

Bilan des capacités fonctionnelles - modules 2 et 3

- Présentation des modalités, tests et activités
- Description du programme d'entraînement - **module 3 seulement**
- Résultats
(Au début et à la fin du programme d'entraînement - **module 3 seulement**)

Bilan des possibilités professionnelles (ou d'un aspect particulier) - module 5

- Présentation des modalités, tests et activités
- Résultats

Conclusion et recommandations - tous les modules

- Bilan de la condition physique et programme individualisé de maintien de la condition physique à domicile (**module 1**)
- Groupes d'activités, de postures et de mouvements qui peuvent être exécutés, de même que celles et ceux qui doivent être évités ou restreints (**module 2A**)
- Précisions sur les capacités fonctionnelles et les éléments de solution (**module 2B**)
- S'il y a lieu, précisions sur les tâches devant faire l'objet d'un réentraînement progressif, la progression suggérée et le temps estimé pour parvenir au retour au travail normal (**modules 2B et 3B**)
- Précisions sur le degré de récupération du travailleur ou de la travailleuse à l'égard des activités déterminées, de même que sa capacité à les effectuer dans une situation réelle de travail (**modules 3A et 3B**)
- Précisions sur les mesures à mettre en place pour adapter le poste de travail aux capacités fonctionnelles du travailleur ou de la travailleuse (**modules 4A et 4B**)
- Attestation du travail réalisé (**module 4C**)
- Description d'emplois potentiellement convenables (**module 5A**)
- Résultats de l'évaluation demandée (**module 5B**)

4. Demande de paiement

- A) Services rendus (description)
- B) Frais de déplacement (description)
Période couverte et montant facturé (A et B)

5. Responsable

- Nom et prénom de la personne responsable, téléphone
- Signature du ou de la responsable et la date du jour de la signature