

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

Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Siège de la lésion	Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>	Date de réception de référence
	Date de la récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>	Date de la demande

Réservé à la CNESST

Équipe Physio-Ergo		
Poste	N° de dossier du travailleur	Admissibilité faite: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Particularités à signaler sur la prescription		Commentaires à l'agent d'indemnisation
Nombre de traitements _____ Durée des traitements _____ Autre : _____		_____ _____ _____
		Date <input type="text"/>

Direction régionale

Autorisée: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Sinon, indiquer le motif : <input type="checkbox"/> Recherche d'information <input type="checkbox"/> Rechute non déclarée <input type="checkbox"/> Dossier refusé <input type="checkbox"/> En attente d'autorisation du B.M. <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez _____
Remarques : _____	
Signature de l'intervenant _____	
Date <input type="text"/>	

Équipe Physio-Ergo			
Traitement effectué par :	RSGI	Établissement avisé le :	Lettre standard (dossier refusé) transmise le :
	ENF <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ENI <input type="checkbox"/>		