

## Instructions

***Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin qui a charge du travailleur ou de la personne victime d'un acte criminel.***

L'avis motivé concerne les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie dispensés en clinique privée (et non pas dans un centre hospitalier). Il témoigne d'une volonté d'éviter que des travailleurs et travailleuses ayant subi une lésion professionnelle et que des victimes d'un acte criminel évoluent vers la chronicité, et ceci à la lumière des évidences scientifiques actuelles.

L'avis doit être rempli pour permettre à la CNESST d'apprécier l'évolution de votre patient et de poursuivre les paiements si les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie doivent se prolonger au-delà de 8 semaines ou de 30 traitements (selon la première éventualité).

On doit y retrouver les renseignements suivants :

**1. Appréciation du bilan fonctionnel.**

Il faut y inscrire les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction. Par exemple: capacité à faire certains mouvements, à maintenir certaines postures ou à effectuer certaines tâches (tenir un objet, marcher, monter un escalier, etc.). Il ne faut pas simplement y décrire les symptômes résiduels (douleur, raideur, engourdissements, etc.)

**2. Recommandations du médecin qui a charge.**

Vous devez indiquer ici vos recommandations concernant les traitements de physiothérapie (section «A») et d'ergothérapie (section «B»). Lorsque les traitements sont en cours, vous devez indiquer si vous jugez pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, nous vous demandons d'indiquer si vous prévoyez qu'il sera éventuellement nécessaire et, si oui, dans combien de temps environ.

À la section «C» portant sur les objectifs visés, vous serez appelé à indiquer les raisons qui motivent la poursuite des traitements, lorsque vous la recommandez. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles souhaitées (en lien avec les constatations rapportées en «1»). Ces objectifs devraient témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non pas seulement des symptômes.

**3. Date prévue de la prochaine visite médicale.**

Une fois rempli et signé, le formulaire doit être transmis à l'intervenant de la santé qui dispense les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. La transmission du formulaire peut se faire par le moyen de votre choix ou comme convenu avec l'intervenant de la santé. Toutefois, le formulaire doit lui parvenir sans délai afin qu'il prenne connaissance de votre plan de traitement et qu'il achemine le formulaire à la CNESST. La CNESST ne pourra autoriser le paiement des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie au-delà de la limite fixée qu'après avoir reçu l'avis motivé du médecin qui a charge.

***Voir au verso des exemples de formulaires «Avis motivé du médecin qui a charge» remplis selon ces instructions.***

## AVIS MOTIVÉ EXEMPLES DE CAS

### Exemple 1 :

#### Chauffeur d'autobus

Diagnostic : Entorse lombaire

1. **Appréciation du bilan fonctionnel :** Récupération de l'amplitude normale. Bonne tolérance assis/ debout et aux mouvements du tronc. Marche 30 minutes sans problème.
2. **Recommandations :**
  - A) Physiothérapie : Poursuivre : NON
  - B) Ergothérapie : Débuter : NON
  - C) Objectifs visés : Capacité fonctionnelle redevenue suffisante pour un retour au travail normal. Fin des traitements.

**Dans ce cas, les traitements de physiothérapie cessent et ne seront plus payés par la CNESST. Quant aux traitements d'ergothérapie, il ne sera pas nécessaire d'y recourir.**

### Exemple 2 :

#### Manutentionnaire

Diagnostic : Déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche opérée

1. **Appréciation du bilan fonctionnel :** Amplitude articulaire active d'environ 50 %. Faiblesse importante du deltoïde et de la coiffe des rotateurs. Utilise sa main gauche pour tâches légères.
2. **Recommandations :**
  - A) Physiothérapie : Poursuivre : OUI
  - B) Ergothérapie : Débuter : OUI, dans environ 1 mois
  - C) Objectifs visés : Regagner les mouvements actifs et recouvrer la force. Débutons progressivement les exercices de renforcement. Prévoyons ajouter des traitements d'ergothérapie lorsque la mobilisation active sera suffisante, pour améliorer la résistance.

**Dans ce cas, les traitements de physiothérapie seront poursuivis et la CNESST continuera à payer ces traitements. Quant aux traitements d'ergothérapie, ils débuteront au moment jugé opportun par le médecin qui a charge.**

### Exemple 3 :

#### Opératrice de machine à coudre

Diagnostic : Épicondylite droite

1. **Appréciation du bilan fonctionnel :** Mobilité et force normales. Manque d'endurance aux mouvements répétés (soulever, tourner).
2. **Recommandations :**
  - A) Physiothérapie : Poursuivre : NON
  - B) Ergothérapie : Débuter : OUI, cette semaine
  - C) Objectifs visés : Regagner la tolérance aux gestes répétés pour pouvoir utiliser le membre supérieur droit de façon normale.

**Dans ce cas, les traitements de physiothérapie ne seront plus payés. Par contre, les traitements d'ergothérapie pourront débuter et seront payés par la CNESST. Un retour au travail progressif pourrait être offert par l'employeur.**

### Exemple 4 :

#### Menuisier

Diagnostic : Réparation section tendons fléchisseurs index droit

1. **Appréciation du bilan fonctionnel :** Porte actuellement une orthèse à la main droite. Pas de mouvement actif permis. Suivra le protocole pour tendons fléchisseurs.
2. **Recommandations :**
  - A) Physiothérapie : Débuter : NON
  - B) Ergothérapie : Poursuivre : OUI
  - C) Objectifs visés : Regagner progressivement les mouvements passifs/actifs/résistés. Prévoir le protocole habituel pour tendons fléchisseurs (minimum 12 semaines).

**Dans ce cas, le médecin indique dès le début qu'il prévoit avoir recours aux traitements d'ergothérapie pour un minimum de 12 semaines, selon le protocole établi pour ce type de lésion. La CNESST continuera donc d'assumer le coût des traitements d'ergothérapie au-delà de la période (8 semaines ou 30 traitements) prévue au règlement.**

## AVIS MOTIVÉ DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Santé et sécurité du travail

**Ce formulaire doit être rempli par le médecin qui a charge**

### Renseignements sur l'identité du travailleur

Nom du travailleur
Adresse

N° de dossier du travailleur	<input type="text"/>
N° d'assurance maladie	<input type="text"/>
Date de l'événement d'origine	<input type="text"/>
Date de récurrence, rechute ou aggravation	<input type="text"/>

### 1 - Appréciation du bilan fonctionnel

(À titre d'exemples : gains fonctionnels constatés, amélioration dans l'exécution des AVQ, plateau thérapeutique atteint, etc.):


### 2 - Recommandations du médecin qui a charge

Note: Il est important de remplir les deux sections (physiothérapie et ergothérapie) même si le travailleur ne reçoit pas ce type de traitements.

#### A) Physiothérapie

Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre? Oui  Non

Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires? Oui  Non  Date prévisible de début

#### B) Ergothérapie

Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre? Oui  Non

Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires? Oui  Non  Date prévisible de début

#### C) Objectifs visés

(À titre d'exemples : gains fonctionnels prévisibles, traitements requis en vue d'une chirurgie planifiée, retour au travail prévu, etc.)


### 3 - Date prévue de la prochaine visite médicale

Nom du médecin (en lettres majuscules)	N° de permis	Téléphone	Télécopieur
Signature	<input type="text"/>		Code d'acte 09900