

Physiothérapie Ergothérapie

N° de dossier
du travailleur

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

Renseignements sur le travailleur		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie
Code postal	Date de l'événement d'origine 	Date de récédive, rechute ou aggravation

Médecin	
Médecin qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription
<p>1 Diagnostic</p> <p>2 Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3 Prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement indiquée par le médecin qui a charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le médecin 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	
5 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 																				

Intervenant de la santé	
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date

Notes explicatives

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

Aucune somme ne peut être réclamée au travailleur par le fournisseur (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 suspendre les traitements et diriger le travailleur vers le médecin qui en a charge.

- ❶ Indiquez le diagnostic qui a donné lieu à la prescription du médecin.
- ❷ Indiquez si le diagnostic ou le siège de lésion nécessite une prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement d'origine ou de la date de la récurrence, rechute ou aggravation :
 - une lésion à la main ou au poignet;
 - un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion;
 - une atteinte nerveuse aux membres supérieurs;
 - une brûlure, peu importe le siège de la lésion.
- ❸ Pour tout autre diagnostic ou siège de lésion que ceux énumérés au point précédent, précisez si une prise en charge en ergothérapie est indiquée par le médecin qui a charge du travailleur.
- ❹ Précisez si le médecin qui a charge du travailleur a indiqué une fréquence supérieure à trois traitements par semaine et, le cas échéant, laquelle.
- ❺ Indiquez si le travailleur recevait des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie dans un autre établissement de santé ou clinique que le vôtre.
- ❻ Enregistrez les présences et les absences du travailleur à ses traitements en inscrivant l'année, le mois et les journées selon les codes appropriés:
I : Évaluation initiale P : Présence à un traitement individuel ou individualisé
A : Absence du travailleur V : Traitement de physiothérapie à domicile

Prenez note qu'en saisissant un « I » pour l'évaluation initiale, cela inclut également le paiement d'une présence à un traitement « P ». Vous devez donc attendre que l'évaluation initiale et le premier traitement aient été donnés pour les facturer ensemble.

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