

Règlements et autres actes

Gouvernement du Québec

Décret 565-2018, 2 mai 2018

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001)

Assistance médicale — Modification

CONCERNANT le Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe 3.1^o du premier alinéa de l'article 454 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail peut faire des règlements pour déterminer les soins, les traitements, les aides techniques et les frais qui font partie de l'assistance médicale visée au paragraphe 5^o de l'article 189 et prévoir les cas, conditions et limites monétaires des paiements qui peuvent être effectués ainsi que les autorisations préalables auxquelles ces paiements peuvent être assujettis;

ATTENDU QUE, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), le Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale a été publié, à titre de projet, à la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 31 mai 2017, avec avis qu'à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de cette publication, il pourra être adopté par la Commission et soumis pour approbation au gouvernement;

ATTENDU QUE la Commission a adopté ce règlement avec modifications à sa séance du 19 octobre 2017;

ATTENDU QU'en vertu du premier alinéa de l'article 455 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, un projet de règlement que la Commission adopte en vertu du paragraphe 3.1^o du premier alinéa de l'article 454 de cette loi est soumis pour approbation au gouvernement;

ATTENDU QU'il y a lieu d'approuver ce règlement;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation de la ministre responsable du Travail :

QUE soit approuvé le Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale, annexé au présent décret.

Le greffier du Conseil exécutif,
ANDRÉ FORTIER

Règlement modifiant le Règlement sur l'assistance médicale

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001, a. 189, par. 5^o et a. 454, 1^{er} al., par. 3.1^o)

1. Le Règlement sur l'assistance médicale (chapitre A-3.001, r. 1) est modifié à l'article 1 par :

1^o l'insertion, avant la définition de « intervenant de la santé », de la définition suivante :

« compte » : une facture, une note d'honoraires ou une transaction de paiement par un lien électronique ou autre support technologique autorisé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail en vertu de l'article 356 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001); »;

2^o le remplacement de la définition de « intervenant de la santé » par la suivante :

« intervenant de la santé » : une personne physique, autre qu'un professionnel de la santé au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, inscrite au tableau d'un ordre professionnel régi par le Code des professions (chapitre C-26) et qui est visée par le présent règlement, y compris un titulaire de permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre professionnel des psychologues du Québec; »;

3^o l'ajout, à la fin, des définitions suivantes :

« séance » : une visite, avec ou sans rendez-vous, faite à un intervenant de la santé par un travailleur victime d'une lésion professionnelle afin de recevoir des soins ou des traitements ou en vue de réaliser une évaluation initiale, incluant les soins à domicile et les services professionnels dont le tarif est prévu par séance à l'annexe I;

« service professionnel » : un acte posé par un intervenant de la santé, autre qu'un soin ou un traitement. ».

2. L'article 2 de ce règlement est modifié par le remplacement de « Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais prévus au présent règlement font partie de » par « Les soins, les traitements, les services professionnels, les aides techniques et les autres frais prévus au présent règlement constituent ».

3. L'article 3 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« 3. La Commission assume le coût des soins, des traitements, des services professionnels et des aides techniques reçus au Québec, selon les conditions et les montants prévus au présent règlement, si ceux-ci ont été prescrits par le médecin qui a charge du travailleur avant qu'ils ne soient reçus ou que les dépenses pour ceux-ci ne soient faites. À moins de disposition contraire, ces montants comprennent les fournitures et les frais accessoires reliés à ces soins, traitements, services professionnels ou aides techniques.

De plus, toute réclamation à la Commission concernant ces soins, traitements, services professionnels ou aides techniques doit être accompagnée de la recommandation de l'intervenant de la santé, le cas échéant, et des pièces justificatives détaillant leur coût. L'intervenant de la santé doit conserver l'ordonnance dans son dossier relatif à un travailleur et fournir celle-ci, sur demande, à la Commission.

4. Ce règlement est modifié par l'insertion, après l'article 3, du suivant :

« 3.1. Le compte relatif à un frais prévu au présent règlement doit être transmis à la Commission dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation du service, du soin ou du traitement, de la fourniture d'une aide technique ou de l'acte relatif à un autre frais. Dans le cas d'un rapport, ce délai commence à courir à compter de la date où il devient exigible. ».

5. L'article 5 de ce règlement est modifié par l'insertion, dans le deuxième alinéa, avant le mot « frais », du mot « autres ».

6. Le titre de la section III de ce règlement est remplacé par le suivant : « SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS ».

7. L'article 6 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« 6. La Commission assume le coût des soins, des traitements et des services professionnels déterminés à l'annexe I, jusqu'à concurrence des montants qui y sont prévus, s'ils sont fournis personnellement par un intervenant de la santé qui est membre de l'ordre professionnel

correspondant aux soins, aux traitements ou aux services prescrits. Cet intervenant de la santé doit également être dûment autorisé à exercer, à poser l'acte facturé et, le cas échéant, être titulaire d'un permis valide à cette fin. ».

8. L'article 7 de ce règlement est modifié par le remplacement de « soins infirmiers, des traitements de chiropratique, de physiothérapie et d'ergothérapie » par « séances pour des soins infirmiers et des traitements de chiropratique et de physiothérapie ».

9. L'article 9 de ce règlement est remplacé par le suivant :

« 9. La première séance chez un intervenant de la santé, même s'il ne s'agit que de l'évaluation initiale, est payée jusqu'à concurrence des montants prévus à l'annexe I, ou de ceux pour une séance de soins ou de traitements si aucun tarif spécifique n'y est prévu, sauf s'il s'agit de services professionnels d'audiologie ou d'orthophonie.

Aucun autre montant n'est payable par la Commission pour une évaluation initiale lorsque celle-ci se poursuit au-delà de la première séance chez un intervenant de la santé. ».

10. L'article 10 de ce règlement est modifié, dans le premier alinéa, par le remplacement des mots « relevés d'honoraires » par le mot « comptes ».

11. L'article 11 de ce règlement est modifié par le remplacement des mots « relevés d'honoraires » par le mot « comptes ».

12. Les articles 13 à 17 de ce règlement sont remplacés par les suivants :

« 13. Pour chacun des soins ou des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie, la Commission en assume le coût jusqu'à un maximum d'une séance de soins ou de traitements par jour et de trois séances de soins ou de traitements par semaine, sous réserve d'une prescription contraire du médecin qui a charge du travailleur.

14. Lorsqu'une évaluation initiale se poursuit au-delà de la première séance, alors qu'un soin ou un traitement est également dispensé à cette même occasion, elle ne doit pas nuire à ce soin ou ce traitement, ni en réduire la qualité ou la durée.

15. Un physiothérapeute, un thérapeute en réadaptation physique et un ergothérapeute doivent tenir un registre indiquant, pour chaque séance, la date, l'acte professionnel posé, soit l'évaluation initiale ou un soin ou un traitement, et le nom de l'intervenant de la santé qui a rencontré le travailleur.

Le travailleur doit signer ce registre à chaque séance.

Le registre doit être conservé 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 Commission, sur demande.

Un registre tenu sur un support faisant appel aux technologies de l'information doit respecter les dispositions de la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information (chapitre C-1.1).

16. Un physiothérapeute et un ergothérapeute doivent transmettre à la Commission un premier compte dont la forme et la teneur doivent être conformes à la formule prévue à l'annexe III ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission, dans les sept jours de la première séance. Ils doivent également utiliser ce formulaire de compte ou un support technologique autorisé pour réclamer un montant relatif à des soins ou des traitements.

Le formulaire du compte est disponible sur le site Internet de la Commission.

16.1. À la demande de la Commission, un physiothérapeute, un thérapeute en réadaptation physique ou un ergothérapeute doit fournir un rapport dont la forme et la teneur doivent être conformes à la formule prévue à l'annexe III.1 ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission.

Le formulaire du rapport est disponible sur le site Internet de la Commission.

Ce rapport doit être transmis à la Commission et au médecin qui a charge du travailleur dans les 15 jours qui suivent la date de sa demande.

16.2. Un rapport n'est payable par la Commission que s'il est effectué sur le formulaire prévu à l'annexe III.1 ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conforme à celui autorisé par la Commission et que s'il est complet.

16.3. Sauf en cas de force majeure, lorsqu'un rapport n'est pas produit dans le délai prévu au deuxième alinéa de l'article 16.1, la Commission retient le paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dispensés à compter de la date limite où le rapport devait être fourni, jusqu'à ce qu'il soit transmis à la Commission.

Lors de la production du rapport, la Commission procède au paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dont le paiement a été retenu.

17. La Commission assume le coût d'une séance pour des soins ou des traitements qui sont prévus dans le plan individualisé de soins et de traitements du travailleur établi en fonction de ses besoins spécifiques, même si un travailleur reçoit ceux-ci simultanément avec d'autres personnes.

17.0.1. Les services d'ergothérapie suivants ne constituent pas de l'assistance médicale :

1^o un programme d'intégration au travail ou de retour thérapeutique au travail;

2^o une analyse d'un poste de travail ou son adaptation et l'essai d'équipement;

3^o une évaluation de la conduite automobile et l'adaptation d'un véhicule;

4^o une adaptation du domicile;

5^o un programme d'intégration sociale ou toute autre évaluation ou intervention dans le cadre de la réadaptation prévue au chapitre IV de la Loi;

6^o une intervention dans le cadre d'un programme interdisciplinaire ou multidisciplinaire;

7^o un programme de développement ou tout autre service d'évaluation des capacités fonctionnelles ou de travail, ou toute autre intervention poursuivant ces mêmes objectifs;

8^o une intervention en santé mentale.

17.0.2. Sous réserve d'une prescription contraire du médecin qui a charge du travailleur concernant la date du début des traitements, la Commission n'assume que le coût des séances d'ergothérapie tenues à compter de la sixième semaine qui suit la date de la lésion professionnelle et si celle-ci n'est pas consolidée à cette date. Il en est de même pour le remboursement du coût d'une évaluation initiale.

Malgré le premier alinéa, la Commission assume le coût des séances tenues avant cette date, si l'ordonnance du médecin qui a charge du travailleur concerne une ou des lésions suivantes :

1^o une lésion à la main ou au poignet;

2^o un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion;

3^o une atteinte nerveuse aux membres supérieurs;

4^o une brûlure, peu importe le siège de la lésion. »

13. Le titre de la section IV de ce règlement est modifié par l'insertion, après le mot «ET», du mot «AUTRES».

14. L'annexe I de ce règlement est remplacée par la suivante :

«ANNEXE I

**SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES
PROFESSIONNELS DISPENSÉS PAR DES
INTERVENANTS DE LA SANTÉ**

1. Soins et traitements :

Tarif

Acupuncture

Soins d'acupuncture fournis par un
acupuncteur, par séance 27,00 \$

Chiropratique

Traitement de chiropratique, par séance
(ce montant inclut le coût des radiographies) 32,00 \$

Ergothérapie

Traitement, par séance 46,00 \$

Physiothérapie

Traitement, par séance 42,00 \$

Podiatrie

Par séance 32,00 \$

Psychologie

Soins de psychologie, de psychothérapie et
de neuropsychologie, tarif horaire 86,60 \$

Soins à domicile

Traitement de chiropratique, par séance 50,00 \$

Traitement de physiothérapie, par séance 50,00 \$

Soins infirmiers, par séance 44,00 \$

2. Services professionnels :

Audiologie

Audiologie (entrevue, consultation de
dossier), par séance 20,25 \$

Épreuves audiométriques tonales 54,25 \$

Épreuves audiométriques vocales (recherche
des seuils et discrimination) 20,25 \$

Épreuves impédancemétriques
(tympanogramme, réflexes stapédiens,
adaptation du réflexe stapédien, test de Metz) 20,25 \$

Épreuves impédancemétriques de dépistage 3,50 \$

Tests spéciaux (A.B.L.B.,

S.I.S.I., adaptation,
Békésy, etc.), chacun 15,00 \$

Épreuves électrophysiologiques
(Écho G; potentiels évoqués) :

— sans anesthésie 54,25 \$

— sous anesthésie 114,00 \$

Délivrance du rapport d'évaluation
audiologique et, le cas échéant, d'un
certificat d'aide auditive 30,50 \$

Analyse de besoins et évaluation des
moyens de suppléance appropriés 33,00 \$

Vérification d'aide auditive
psychoacoustique 40,00 \$

Vérification d'aide auditive
électroacoustique 33,00 \$

Ergothérapie

Évaluation initiale 85,00 \$

Rapports 25,00 \$

Orthophonie

Orthophonie (entrevue, consultation
de dossier), par séance 32,00 \$

Épreuves de compensation visuelle de
la surdité 32,00 \$

Épreuves des paramètres vocaux 48,00 \$

Épreuves des processus expressifs oraux 32,00 \$

Épreuves des processus réceptifs oraux 32,00 \$

Épreuves de réalisation phonétique 16,00 \$

Épreuves de langage écrit 64,00 \$

Épreuves de rythme 47,50 \$

Épreuves complémentaires (tels praxies,
calcul), par épreuve 16,00 \$

Délivrance du rapport d'évaluation
orthophonique 30,50 \$

Physiothérapie

Rapports 25,00 \$

Examens de laboratoire

Le coût de ces examens est remboursé s
elon les montants prévus à l'entente conclue
en vertu de l'article 195 de la Loi. ».

15. Le titre de l'annexe II de ce règlement est modifié par l'insertion, après le mot «ET», du mot «AUTRES».

16. L'annexe II de ce règlement est modifiée par :

1^o l'insertion, dans le sous-paragraphe *c* du para-
graphe 3 de l'article 3 intitulé «Aides à la thérapie», et
après les mots «des balles à exercice», de «, un ballon,
une bande élastique»;

2^o par le remplacement, avant l'article 5, du titre
«**FRAIS**» par «**AUTRES FRAIS**».

17. L'annexe III de ce règlement est remplacée par les
suivantes :

«ANNEXE III
(a. 16)

COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE

CNESST

**COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS
DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE**
Santé et sécurité du travail

Physiothérapie Ergothérapie

N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie <input type="text"/>
Code postal	Date de l'événement d'origine <input type="text"/>	Date de récidence, rechute ou aggravation <input type="text"/>

Médecin	
Médecin qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription <input type="text"/>

1 Diagnostic

2 Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement?
 Oui Non

3 Prise en charge en ergothérapie avant la 6^e semaine de la date de l'événement indiquée par le médecin qui a charge?
 Oui Non

4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le médecin qui a charge?
 Oui Non

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 <input type="text"/>
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date <input type="text"/>
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date <input type="text"/>

ANNEXE III.1

(a. 16.1)

RAPPORTS DE PHYSIOTHÉRAPIE ET D'ERGOTHÉRAPIE


RAPPORT DE PHYSIOTHÉRAPIE
 Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande du rapport		AAAA MM JJ		N° de dossier du travailleur							
Renseignements sur le travailleur											
Nom de famille (selon l'acte de naissance)			Prénom		Date de l'événement d'origine			AAAA MM JJ			
Profession ou métier exercé au moment de l'événement				Code postal		Date de récurrence, rechute ou aggravation			AAAA MM JJ		
2 Diagnostic				Gaucher <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	N° d'assurance maladie		
Médecin											
Médecin qui a charge du travailleur				N° de permis		Date de la prescription			AAAA MM JJ		
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)						Téléphone					
Renseignements sur le fournisseur											
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)						N° de fournisseur					
Date de l'évaluation initiale		Nombre de traitements fournis à ce jour :		Téléphone		Télécopieur					
Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport						N° de membre					
3 Données subjectives (perceptions du travailleur)											
Intensité de la douleur ressentie : au repos ____/10 en mouvement ____/10 à la palpation ____/10											
Positions ou mouvements affectés :											
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O											
Si oui, décrire.											
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O											
Si oui, décrire.											
Perception du travailleur sur la reprise de son travail préprofessionnel :											
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration ____% Stable <input type="checkbox"/> Détérioration ____%											
Autres données											

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																																	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)																																																																																																																
5 Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																																	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date de l'examen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																	
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?																																																																																																																	

Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (suite)

Décrire l'évolution des **obstacles** au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

Décrire l'évolution des **leviers** pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? Oui Non

Si **oui**, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements?

Quelles sont les difficultés résiduelles? S/O

Si **non**, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?

Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :

Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport

Date



RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande du rapport		AAAA MM JJ		N° de dossier du travailleur							
Renseignements sur le travailleur											
Nom de famille (selon l'acte de naissance)			Prénom		Date de l'événement d'origine			AAAA MM JJ			
Profession ou métier exercé au moment de l'événement				Code postal		Date de récurrence, rechute ou aggravation			AAAA MM JJ		
2 Diagnostic				Gaucher <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>	Sexe	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	N° d'assurance maladie		
Médecin											
Médecin qui a charge du travailleur				N° de permis		Date de la prescription			AAAA MM JJ		
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)						Téléphone					
Renseignements sur le fournisseur											
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)						N° de fournisseur					
Date de l'évaluation initiale		AAAA MM JJ		Nombre de traitements fournis à ce jour :		Téléphone		Télécopieur			
Nom du membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec qui a rempli le rapport						N° de membre					
3 Données subjectives (perceptions du travailleur)											
Intensité de la douleur ressentie : au repos ____/10 en mouvement ____/10 à la palpation ____/10											
Positions ou mouvements affectés :											
Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O											
Si oui, décrire.											
Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O											
Si oui, décrire.											
Perception du travailleur sur la reprise de son travail pré-lésionnel :											
Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration ____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration ____ %											
Autres données											

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : État initial et État actuel.	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel
Date de l'examen <input type="text"/>	Date de l'examen <input type="text"/>
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute. Remplir les deux sections : État initial et État actuel.																																																																																																																	
État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST)	État actuel																																																																																																																
Date de l'examen <input type="text"/>	Date de l'examen <input type="text"/>																																																																																																																
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :				<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minutes</th> <th>Heures</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Debout :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Assis :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Accroupi :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>À genoux :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Marcher :</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Escalier :</td> <td><input type="checkbox"/> 5 à 10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> +10 marches</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Pousser :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Tirer :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Force de préhension :</td> <td>_____ kg</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Manipuler :</td> <td>_____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Soulever des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td>Transporter des charges :</td> <td><input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg</td> <td><input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg</td> <td><input type="checkbox"/> S/O</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Autres données fonctionnelles :</td> </tr> </tbody> </table>		Minutes	Heures		Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O	Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O	Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O	Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O	Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O	Autres données fonctionnelles :			
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
	Minutes	Heures																																																																																																															
Debout :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Assis :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Accroupi :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
À genoux :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Marcher :	_____	_____	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Escalier :	<input type="checkbox"/> 5 à 10 marches	<input type="checkbox"/> +10 marches	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Pousser :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Tirer :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Force de préhension :	_____ kg		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Manipuler :	_____		<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Soulever des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Transporter des charges :	<input type="checkbox"/> 0-5 kg <input type="checkbox"/> 5-15 kg	<input type="checkbox"/> 15-25 kg <input type="checkbox"/> +25 kg	<input type="checkbox"/> S/O																																																																																																														
Autres données fonctionnelles :																																																																																																																	
Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)																																																																																																																	
Participation du travailleur au cours de l'évaluation (collaboration, intérêt, effort, assiduité). Précisez :																																																																																																																	
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des obstacles au retour au travail, s'il y a lieu.																																																																																																																	

Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute (suite)									
Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des leviers pour le retour au travail, s'il y a lieu.									
Opinion de l'ergothérapeute sur le retour au travail et sur la réalisation des activités quotidiennes. Précisez :									
Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez. Si non, pourquoi?									
7 Plan de traitement									
Modalités actives :									
Modalités passives :									
8 État du travailleur									
Amélioration _____ % Stable <input type="checkbox"/> Détérioration _____ %									
Recommandez-vous la fin des traitements? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non									
Si oui, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <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		
Quelles sont les difficultés résiduelles? <input type="checkbox"/> S/O									
Si non, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous? Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre : _____ Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?									
Commentaires / Recommandations									
Signature du membre de l'OEQ qui a rempli le rapport	Date <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <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		

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

18. Malgré le deuxième alinéa de l'article 3, tel que remplacé par l'article 3 du présent règlement, un membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec doivent transmettre à la Commission une ordonnance de soins ou de traitements qui ne respecte pas les normes établies par l'article 13 ou l'article 17.0.2, tels qu'édictees par l'article 12 du présent règlement, et ce, jusqu'au 31 mars 2020.

19. Le délai de 180 jours prévu à l'article 3.1, édicté par l'article 4 du présent règlement, commence à courir à compter du 24 mai 2018 à l'égard des services professionnels, des soins ou des traitements dispensés avant cette date.

20. Malgré l'article 7, tel que modifié par l'article 8 du présent règlement, un travailleur peut continuer de recevoir des soins à domicile d'ergothérapie si ceux-ci ont été prescrits avant le 24 mai 2018.

Le tarif pour ces soins, prévu à l'annexe I tel qu'il se lisait avant son remplacement par l'article 14 du présent règlement, continue de s'appliquer aux soins à domicile visés au premier alinéa.

21. Les frais payables pour la première visite chez un intervenant de la santé, visée par l'article 9, avant son remplacement par l'article 9 du présent règlement, qui sont exigibles à une date antérieure au 24 mai 2018 ne sont pas payables si le compte est transmis à la Commission plus de 30 jours après cette date.

22. L'article 13, édicté par l'article 12 du présent règlement, ne s'applique qu'à l'égard d'un changement dans le plan de traitement d'un travailleur ou d'une ordonnance émise à compter du 24 mai 2018.

23. Les frais payables pour les traitements à la suite de la production d'un rapport initial, d'un rapport d'étape, d'un rapport de fin d'intervention et d'un avis motivé, exigés par les articles 14 à 16, avant leur remplacement par l'article 12 du présent règlement, qui sont exigibles à une date antérieure au 24 mai 2018 ne sont pas payables si ces rapports et avis sont transmis à la Commission plus de 30 jours après cette date.

24. Les articles 17.0.1 et 17.0.2, édictés par l'article 12 du présent règlement, ne s'appliquent qu'à l'égard d'une lésion professionnelle survenue à compter du 24 mai 2018.

25. Les biens et les services fournis avant le 24 mai 2018 sont payés par la Commission selon le tarif applicable au moment où ils ont été fournis.

26. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

68568

Gouvernement du Québec

AddendumLoi électorale
(RLRQ, c. E-3.3)ADDENDUM À L'ENTENTE CONCERNANT
L'ESSAI DE NOUVELLES FORMALITÉS
RELATIVES AU SCRUTIN

INTERVENUE EN AOÛT 2012

ENTRE:

MONSIEUR PHILIPPE COUILLARD, CHEF DU
PARTI LIBÉRAL DU QUÉBEC, PARTI AUTORISÉ
REPRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

ET

MONSIEUR JEAN-FRANÇOIS LISÉE, CHEF
DU PARTI QUÉBÉCOIS, PARTI AUTORISÉ
REPRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

ET

MONSIEUR FRANÇOIS LEGAULT, CHEF DE
COALITION AVENIR QUÉBEC-ÉQUIPE FRANÇOIS
LEGAULT, PARTI AUTORISÉ REPRÉSENTÉ
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

ET

MONSIEUR GAÉTAN CHÂTEAUNEUF, CHEF
DE QUÉBEC SOLIDAIRE, PARTI AUTORISÉ
REPRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE NATIONALE

ET

MONSIEUR PIERRE REID, EN SA QUALITÉ DE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DES ÉLECTIONS

ATTENDU QUE les parties ont signé une entente en août 2012 en vertu de l'article 489 de la Loi électorale (RLRQ, c. E-3.3) afin de faire l'essai d'un nouveau modèle de bulletin de vote avec photos;