

Lorsqu'une possibilité de retour au travail est trouvée, le psychologue doit remplir le présent formulaire.

A. Renseignements sur la personne blessée ou malade			
Nom de famille		Prénom	
Adresse		Ville	Province
		Code postal	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa)		Date de l'incident (jj/mmm/aaaa)	
En signant ci-dessous, j'autorise la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) à fournir à mon employeur le présent formulaire qui se rapporte à mes capacités fonctionnelles.			
Signature			Date (jj/mmm/aaaa)

B. Renseignements sur le professionnel de la santé			
Nom du psychologue			
Nom de l'établissement			
Adresse			
Ville	Province	Code postal	Téléphone
N° de fournisseur de la WSIB		Votre numéro de facture	
Date de la visite (jj/mm/aaaa)		Code de service MHPRTW	
Remplir ces champs si la TVH s'applique à ce formulaire.			
Numéro d'inscription à la TVH	Code de service ONHST		Montant de TVH facturé \$

Nom de famille	Prénom	Numéro de dossier
----------------	--------	-------------------

Lorsqu'une possibilité de retour au travail est trouvée, veuillez résumer vos recommandations à cet égard, lesquelles seront communiquées à la personne blessée ou malade et à son employeur.

Voici mes recommandations concernant le retour de travail :

Retour au travail au maximum des capacités	OU	Retour au travail avec des restrictions/limitations/adaptations
1. Restrictions/limitations/adaptations recommandées :		
2.		
3.		
4.		
5.		
Durée prévue des restrictions/limitations/adaptations		
Nom du psychologue	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)