



Partie A - Autorisation

OMB No. 1215-0066

Instructions à l'employeur. Cette face-ci du formulaire doit être remplie intégralement et celui-ci autorise un médecin **du choix de l'employé** (*Voir article 2 ci-dessous) à ausculter et / ou à soigner un employé, qui est assuré par la loi fédérale d'indemnité pour accident du travail, qui est marqué dans la case se trouvant à droite, pour des blessures, affections ou maladies accidentelles survenant lors et au cours de l'emploi.

Cochez soit la case A ou B à l'article 7. L'original et au moins deux exemplaires de ce formulaire doivent être donnés au médecin. Le médecin doit remplir le rapport médical et la facture initiale au verso et transmettre dans les 10 jours l'original du rapport au Directeur de District et les exemplaires à la compagnie d'assurance ou à l'employeur cité à l'article 13. Des rapports de relance ultérieurs et périodiques devraient être soumis par le médecin sur le Formulaire LS-204 et / ou des rapports narratifs sur demande.

Un employé n'a pas le droit de sélectionner un médecin qui n'est pas actuellement autorisé par le Ministère du Travail à accorder des soins médicaux sous la Loi.

Dispensées sont les personnes de répondre à cette collecte d'informations sauf s'il est affiché un numéro de contrôle OMB actuellement valide. Les informations rassemblées seront utilisées pour surveiller les soins médicaux accordés aux employés blessés et il est obligatoire de fournir ces informations (20 CFR 702.419).

1. La présente Autorisation est pour l'examen et / ou le traitement sous la Loi d'indemnité pour accident du travail cochée ci-dessous :

- A ☐ Loi d'indemnité pour accident du travail des ouvriers dockers et portuaires
- B ☐ Loi de base de défense
- C ☐ Loi des instrumentalités de fonds non-affecté
- D ☐ Loi de la zone externe du plateau continental

2. Nom et adresse du médecin ou de l'établissement médical autorisé à accorder des services médicaux

* (Le terme « médecin » comprend les docteurs en médecine (MD), les chirurgiens, les pédicure-podologues, les dentistes, les psychologues cliniciens, les optométristes, les ostéopates et les chiropraticiens. Le règlement des services chiropratiques est limité aux frais d'examens physiques, d'essais en laboratoire associés, de radiographies pour diagnostiquer une subluxation de la colonne vertébrale et du traitement qui consiste à manipuler la colonne vertébrale pour corriger une subluxation démontrée par la radiographie. Voir 20 CFR 702.404)

3. Nom de l'employé (Nom, prénoms)

4. Date de la blessure (Mois, jour, année)

5. Occupation

6. La manière dont s'est produit l'accident ou la maladie

7. Vous êtes autorisé à accorder les services médicaux à l'employé comme suit :

- A ☐ Si vous croyez que la condition est liée à la blessure ou à l'occupation de l'employé, fournissez le traitement au cabinet de médecin et / ou à l'hôpital, au besoin, pour les suites de cette blessure.
- B ☐ Si vous doutez que la ou les conditions repérées lors de l'examen soient liées à la blessure, vous êtes autorisé à examiner l'employé en appliquant les études diagnostiques non-chirurgicales indiquées et vous devriez promptement informer ceux énumérés à l'article 13 si vous croyez que l'incapacité est due à la blessure alléguée. En attendant davantage de conseils, vous pouvez fournir le traitement conservateur nécessaire.

Vous êtes prié de soumettre un rapport écrit de premier traitement dans les 10 jours au Directeur du District au Bureau cité à l'article 12 ci-dessous (Voir au verso de ce formulaire pour des instructions quant au rapport médical et la soumission de vos honoraires).

8. Signature et titre du fonctionnaire officiel (Signez tous les exemplaires)

9. Nom et adresse de l'employeur

10. Téléphone (Indicatif régional et numéro local)

11. Date autorisée (Mois, jour, année)

12. Envoyez un exemplaire de votre rapport à :

U.S. Department of Labor
Employment Standards Administration
Office of Workers' Compensation Programs

13. Nom et adresse de la compagnie d'assurance ou de l'employeur auto-assuré auquel la facture et un exemplaire du rapport doivent être envoyés

Déclaration des charges publiques

Signalement des charges publiques pour la présente collecte d'informations s'estime à 65 minutes en moyenne par réponse, y compris le temps pour passer en revue les instructions, rechercher les sources de données existantes, rassembler et maintenir les données nécessaires et remplir et passer en revue la collecte d'informations. Envoyez les commentaires concernant cette estimation de charges ou tout autre aspect de cette collecte d'informations, y compris les suggestions pour réduire ces charges à U.S. Department of Labor, Division of Longshore and Harbor Workers' Compensation, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210 USA. **N'ENVOYEZ PAS LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A CE BUREAU**

Partie B - Rapport de blessure et de traitement du médecin soignant

Instructions au médecin : Le présent rapport initial doit être rempli et soumis dans les 10 jours. Expédiez par la poste l'original au Directeur de District (voir article 12 pour l'adresse) et un exemplaire à la compagnie énumérée à l'article 13. Des rapports ultérieurs devraient être rédigés périodiquement sur le formulaire LS-204 et / ou en format narratif pendant que l'employé est soigné par vous. Veuillez lire l'article 7 au recto de ce formulaire. Votre numéro de Sécurité sociale est volontaire et il sera utilisé à des fins d'identification uniquement.

14. Quel historique de blessures ou de maladies l'employé vous a-t-il donné ?

15. Existe-t-il un historique ou des preuves quelconques de blessure, de maladie ou d'affaiblissement physique préexistants ?

☐ Non ☐ Oui – Veuillez décrire

16. Quels sont vos découvertes (y compris les résultats des radiographies, des essais en laboratoire, etc.) ?

17. Quel est votre diagnostic ?

18. Croyez-vous que la condition découverte a été provoquée ou aggravée par l'activité d'emploi décrite ?

(Veuillez expliquer votre réponse si vous en doutez.)

☐ Oui ☐ Non

19a La blessure a-t-elle exigée l'hospitalisation ? ☐ Non ☐ Oui – Remplissez b, c, d

b. Nom de l'hôpital

c. Date admis (Mois, jour, année)

d. Date libéré

20. De l'hospitalisation complémentaire est-elle exigée ?

☐ Oui ☐ No

21. Chirurgie (Le cas échéant, en décrire le genre)

22. Date chirurgie effectuée (Mois, jour, année)

23. Quel genre de traitement avez-vous accordé autre que l'hospitalisation ou la chirurgie ?

24. Quels effets permanents de la blessure, le cas échéant, anticipez-vous ?

25. Date du premier examen (Mois, jour, année)

26. Date(s) du traitement (Mois, jour, année)

27. Date de délivrance du traitement (Mois, jour, année)

28. Période d'incapacité (si la date d'échéance non connue – l'indiquer) (Mois, jour, année)

Incapacité complète : Du Au

Incapacité partielle : Du Au

29. Date l'employé est capable de reprendre le travail (Mois, jour, année)

☐ Au travail léger _____

☐ Au travail normal _____

30. Si l'employé est capable de reprendre le travail, l'en a-t-il / elle été informé(e) ? ☐ No ☐ Oui – Fournissez la date informée (Mois, jour, année)

31. Si l'employé est capable de reprendre seulement le travail léger, indiquez les limitations physiques et le genre de travail qui peut être raisonnablement effectuer avec ces limitations.

32. Remarques et recommandations pour des soins éventuelles, s'ils sont indiqués.

33. Vous spécialisez-vous ? ☐ No ☐ Oui – Indiquez spécialité

34. Signature et nom du médecin dactylographié

35. Adresse (No., rue, ville, état, code postal)

36. Numéro de sécurité sociale du médecin

37. Date de ce rapport (Mois, jour, année)

38. Facture médicale (Les honoraires pour vos services peuvent être présentés dans l'espace ci-dessous ou sur votre papier à lettres avec une entête de facture.)

Date ou période de traitement	Services et prestations doivent être détaillés	Qté ou No.	Prix unitaire Prix	Par	Montant \$	¢

Total