

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Rapport de congé de traitement aux fin de la *Ligne directrice sur les blessures légères (FDIO-24)*

Formulaire à utiliser pour les accidents survenus à partir
du 1^{er} septembre 2010

N° de la demande :	
N° de la police :	
Date de l'accident : (AAAAMJJ)	

Au praticien de la santé ou à l'établissement - Consentement :

Il incombe au praticien de la santé ou à l'établissement de s'assurer qu'il est autorisé par un formulaire de consentement à collecter, utiliser et divulguer les renseignements transmis. Les praticiens ou établissements de santé devraient utiliser le formulaire de demande d'indemnités de l'Ontario n° 5 (FDIO-5) intitulé *Autorisation de divulguer des renseignements médicaux* à titre de formulaire de consentement.

Il est possible que des divulgations et des consentements supplémentaires soient requis selon la façon dont les renseignements sont utilisés et divulgués. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements ci-dessous sont assujetties aux lois relatives à la protection de la vie privée.

Le présent formulaire est à utiliser conformément au traitement prescrit selon la *Ligne directrice sur les blessures légères* pour accorder le congé à la personne assurée en vertu de la *Ligne directrice sur les blessures légères*.

Partie 1 Renseignements sur la personne	Date de naissance (AAAAMJJ)	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone	Poste
	Nom		Prénom	
Partie 2 Renseignements sur l'assureur	Nom de l'assureur		Téléphone de l'expert	Poste
	Nom de l'expert		Prénom de l'expert	
Partie 3 Renseignements sur le praticien de la santé et signature	Nom du praticien de la santé (en lettres moulées)		N° d'inscription de l'Ordre	
	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		Code d'identification de l'établissement selon la FAAS (s'il y a lieu)	
	J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je reconnais que toute déclaration fautive ou trompeuse sciemment faite à un assureur dans le cadre d'un contrat d'assurance constitue une infraction à la <i>Loi sur les assurances</i> . Je reconnais également que le fait de frauder ou de tenter de frauder un assureur par supercherie, mensonge ou tout autre acte malhonnête constitue une infraction en vertu du <i>Code criminel</i> fédéral. Ces renseignements serviront à traiter les paiements des indemnités réclamées, à déterminer et à analyser la nature, les effets et les coûts des produits et services fournis aux victimes d'accidents d'automobile par les fournisseurs de soins de santé ainsi qu'à empêcher les fraudes et à les détecter.			
	Signature du praticien de la santé		Date (AAAAMJJ)	

**Partie 4
Statut de la
personne
assurée au
moment du
congé**

Indiquez le statut de la personne assurée au moment du congé du traitement prescrit selon la *Ligne directrice sur les blessures légères* (cochez une case).

- Aucune intervention supplémentaire n'est nécessaire.
- Une intervention supplémentaire ne relevant pas de la *Ligne directrice sur les blessures légères* est nécessaire. Si c'est le cas, cochez une des deux cases suivantes :
- Je présente un *Plan de traitement et d'évaluation* (FDIO-18) ou l'assureur a renoncé à obtenir le FDIO-18.
- J'oriente la personne assurée vers un autre professionnel de la santé (veuillez indiquer son nom, son adresse et sa catégorie professionnelle, si ces renseignements sont disponibles).

- La personne assurée s'est vu donner son congé du traitement du fait qu'elle n'observait pas les modalités du traitement, n'assistait pas aux séances ou a abandonné de son propre chef le traitement prescrit selon la *Ligne directrice sur les blessures légères*.

**Partie 5
Statut
fonctionnel
de la
personne
assurée au
moment du
congé**

Indiquez le statut fonctionnel de la personne assurée au moment du congé du traitement prescrit selon la *Ligne directrice sur les blessures légères* (cochez toutes les cases applicables)

- La personne assurée était employée au moment de l'accident.
Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle dû s'absenter de son travail à la suite de l'accident? Oui Non
Dans l'affirmative, la personne assurée peut-elle accomplir les activités professionnelles qu'elles exerçait avant l'accident? Oui Non
Dans l'affirmative, à quel niveau? Comme avant l'accident Partiel ou modifié
- La personne assurée était une personne soignante au moment de l'accident.
Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle dû interrompre ses activités de soignante à la suite de l'accident? Oui Non
Dans l'affirmative, la personne assurée reprend-elle ses activités de soignante après le congé? Oui Non
Dans l'affirmative, à quel niveau? Comme avant l'accident Partiel ou modifié
- La personne assurée n'était ni employée ni une personne soignante au moment de l'accident.
Si c'est le cas, la personne assurée avait-elle du mal à accomplir ses activités habituelles à la suite de l'accident? Oui Non
Dans l'affirmative, la personne assurée reprend-elle ses activités habituelles après le congé? Oui Non
Dans l'affirmative, à quel niveau? Comme avant l'accident Partiel ou modifié
- La personne assurée avait des difficultés à accomplir des tâches ménagères à la suite de l'accident.
Si c'est le cas, la personne assurée a-t-elle bénéficié d'une aide ménagère? Oui Non
Dans l'affirmative, la personne assurée a-t-elle encore besoin d'aide ménagère après le congé? Oui Non
- Cela a-t-il fait l'objet d'une discussion avec la personne assurée? Oui Non

Donnez au besoin des renseignements supplémentaires sur le statut fonctionnel de la personne assurée.
