

<b>1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.</b>	▶	<b>2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC :</b>	
		<b>En ligne</b> <a href="http://www.ivac.qc.ca">www.ivac.qc.ca</a>	<b>Par la poste</b> 1600, avenue d'Estimauville, CP 1400 Succ. Terminus Québec (Québec) G1K 0K2
			<b>Par télécopieur</b> 1 888 927-0003

**1. Renseignements sur l'identité de la personne victime rencontrée**

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° de dossier IVAC	<input type="text"/>
Prénom		Date de naissance	<input type="text"/>
Téléphone	Principal	Autre	Date de l'événement
			<input type="text"/>

**2. Renseignements sur l'identité du professionnel de la santé**

Nom		Prénom	
Titre professionnel	N° membre de l'ordre professionnel	N° de permis*	N° de fournisseur de services de la CNESST
		Individuel	De groupe
* À l'exception du médecin et du psychologue, l'exercice de la psychothérapie est réservé au détenteur d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.			
Adresse N°, rue, app./bur.			
Ville	Province	Code postal	Téléphone
		<input type="text"/>	Poste

**3. Dates des séances qui ont eu lieu depuis le dernier compte de services**


**4. Évaluation initiale**

Date de l'évaluation		Description	Nombre d'heures	Taux horaire	TOTAL
1 <sup>re</sup> séance	2 <sup>e</sup> séance (si requise)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Séances d'évaluation		\$	\$
a. Jusqu'à deux heures sont accordées pour la rédaction du rapport d'évaluation initiale.		Temps de rédaction du rapport	a	\$	\$
TOTAL					\$

**5. Intervention**

Soins ou services fournis		Description	Nombre d'heures	Taux horaire	TOTAL
du	au				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Séances d'intervention		\$	\$
b. Seule la rédaction du rapport demandé par la Direction générale de l'IVAC peut être remboursée.		Temps de rédaction du rapport d'évolution	b,c	\$	\$
c. Une heure est accordée pour la rédaction du rapport d'évolution.		Temps de rédaction du rapport final	b,d	\$	\$
d. Jusqu'à deux heures sont accordées pour la rédaction du rapport final.					
TOTAL					\$

## 6. Montants totaux

Total des deux sections précédentes :	Sous-total	\$
	Total TPS (si applicable)	\$
	Total TVQ (si applicable)	\$
	TOTAL	\$

## 7. Signature du professionnel de la santé

Je certifie avoir fourni les soins ou les services indiqués ci-dessus.

