



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

Dans le texte suivant, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

L'employeur doit utiliser ce formulaire pour :

- aviser la CSST qu'un travailleur qui a subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une récurrence, rechute ou aggravation sera incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée durant laquelle s'est produit l'accident ou s'est manifestée la maladie;
- demander à la CSST le remboursement d'indemnités versées au travailleur pour les jours où il a été absent de son travail.

L'employeur doit poster ce formulaire dans les 2 jours suivant :

- la date du retour au travail du travailleur, si celui-ci revient au travail dans les 14 jours complets suivant le début de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle; ou
- les 14 jours complets suivant le début de l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle, si le travailleur n'est pas revenu au travail à la fin de cette période.

Le présent document comporte 2 sections :

1. Comment remplir le formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**
2. Formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la CSST au numéro 1 866 302-CSST (2778).



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT

		Espace réservé à l'employeur	
		N° de dossier CSST du travailleur	
1• Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie	
Prénom		N° d'assurance sociale	
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)		Date de l'événement d'origine	
Ville		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	
Province, pays		Date de naissance	
Code postal			
Téléphone	Téléphone (autre)	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
		Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	

Espace réservé à l'employeur
Pour faciliter votre gestion, cet espace permet d'utiliser votre codification interne (ex.: le numéro d'employé).

Date de l'événement d'origine
Date de l'accident du travail ou date à laquelle le travailleur a eu connaissance qu'il était atteint d'une maladie professionnelle.

Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Date de la détérioration de l'état de santé du travailleur reliée à une lésion professionnelle antérieure le rendant incapable d'occuper son emploi.

2• Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur (raison sociale)		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro	N° de dossier d'expérience
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		M U T	
N°, Rue, Bureau		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement	N° de l'établissement
Ville, Province, Pays		<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	ETA
Code postal		Téléphone	Poste
Nom de la personne à joindre		Téléphone	Télécopieur

Mutuelle de prévention
Regroupement d'employeurs qui choisissent de s'engager dans une démarche visant à favoriser la prévention des lésions professionnelles en vue de bénéficier d'une tarification qui reflète leurs efforts. Pour plus d'information, téléphonez à la CSST au 1 866 302-CSST (2778).

Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ce nombre correspond aux travailleurs inscrits sur votre liste de paie au moment de l'événement. Cette donnée permet de fixer la durée d'exercice du droit de retour au travail, qui peut être un maximum de un ou deux ans selon le cas.

Numéro de dossier d'expérience
Un employeur peut avoir plusieurs dossiers d'expérience. Indiquez à quel dossier d'expérience devrait être imputé le coût de la lésion. Ce numéro paraît sur la documentation que la CSST adresse aux employeurs.

Numéro de l'établissement
L'établissement désigne un lieu physique. Un employeur peut avoir plusieurs numéros d'établissement émis par la CSST selon le nombre d'usines ou de succursales. Indiquez le numéro de l'établissement auquel est rattaché le travailleur. Ce numéro paraît sur la documentation que la CSST adresse aux employeurs.

3- Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
--	--	---	---	---	--	--

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Exemples

Accident :

Le travailleur est un boucher. En dépeçant une pièce de bœuf, il s'est coupé profondément à la main gauche avec un couteau.

Récidive, rechute ou aggravation :

Il y a deux mois, le travailleur a eu un accident du travail qui a entraîné une entorse du genou et un arrêt de travail de 2 semaines. Depuis son retour au travail, il dit avoir de plus en plus de douleur. Ce matin, il a consulté son médecin qui lui a donné un autre arrêt de travail.

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
--	---	-----------------

Description de l'événement selon la version du travailleur

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et gestes exécutés, etc. Dans les cas de récidive, rechute ou aggravation, décrivez les circonstances entourant la réapparition de la lésion.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?

L'employeur peut désigner un médecin à qui la CSST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4- Renseignements sur le retour au travail

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle	Type de retour	<input type="checkbox"/> Même emploi	<input type="checkbox"/> Assignment temporaire	<input checked="" type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée	L'assignment temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Elle correspond au jour de l'abandon du travail. L'employeur est tenu de payer au travailleur 100 % de son salaire net perdu pour cette journée. Cette somme n'est pas remboursée par la CSST.

Assignment temporaire

Mesure qui permet à l'employeur d'affecter le travailleur à des tâches sécuritaires et productives en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi. L'accord du médecin traitant est requis. Pour plus d'information, téléphonez à la CSST au 1 866 302-CSST (2778).

Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

Différentes solutions de retour au travail proposées par le médecin traitant, l'employeur, le travailleur ou la CSST peuvent être mises en place en attendant que le travailleur redevienne capable d'exercer son emploi.

5- Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut <input type="checkbox"/> Contrat de travail <input checked="" type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre	Ancienneté dans votre entreprise OU Date d'embauche
Année Mois Jour			Année Mois

Contrat de travail

Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année. Ex. : 15 \$ /heure X 40 heures X 52.14 semaines = 31 284 \$

Gagné au cours des 12 derniers mois

Le salaire brut que le travailleur a gagné à votre service au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail y compris toutes formes de rémunération telles que bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.

6- Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables <input type="text"/>	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable) <input type="text"/>	\$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur <input type="text"/>	=	Salaire net	X 90 % =	Remboursement réclamé <input type="text"/>	\$
<input type="checkbox"/> Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.			<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail			<input type="checkbox"/> ou jusqu'au		
						Année Mois Jour		

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'abandon du travail. Les jours payables correspondent aux jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé n'eût été sa lésion professionnelle; ils incluent les jours fériés.

Salaire brut perdu

Le salaire brut du travailleur est le salaire de son contrat de travail et comprend toutes les formes de rémunération qui étaient prévues (bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.). En 2012, le salaire maximum assurable brut est de 2 531.64 \$ pour la période des 14 premiers jours.

Retenues à la source faites habituellement par l'employeur

Seules les retenues relatives à l'impôt fédéral, à l'impôt provincial, à l'assurance emploi, au régime de rentes et au régime québécois d'assurance parentale sont considérées aux fins de la détermination du salaire net. Elles sont calculées selon la situation familiale du travailleur déclarée à l'employeur.

Exemple 1

Le 4 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler le jour même. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 40 heures du lundi au vendredi, soit 5 jours de 8 heures. Il revient au travail le 13 novembre.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					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

- Jour de l'événement : 4 novembre
- Jour de l'abandon : 4 novembre
- 14 premiers jours : 5 au 18 novembre
- Jour de retour au travail : 13 novembre
- Jours payables : 5, 6, 7, 8, 11 et 12 novembre

Exemple 2

Le 5 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler 2 jours plus tard, soit le 7 novembre. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 32 heures du mardi au vendredi, soit 4 jours de 8 heures.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					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

- Jour de l'événement : 5 novembre
- Jour de l'abandon : 7 novembre
- 14 premiers jours : 8 au 21 novembre
- Jours payables : 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20 et 21 novembre

Remboursement réclamé

L'indemnité est versée au travailleur à la période de paie s'il a fourni à l'employeur une attestation médicale justifiant son incapacité de travailler. Pour être remboursé, l'employeur ou son représentant doit signer le formulaire et le transmettre à la CSST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CSST vous offre le virement automatique. Ce service permet de faire déposer dans votre compte bancaire les remboursements des indemnités de remplacement du revenu que vous avez versées au travailleur accidenté. Pour bénéficier de ce service, communiquez avec la CSST au numéro 1 866 302-CSST (2778).

Aviser par téléphone la CSST lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 150 000 \$.

Directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CSST, un seul numéro :
1 866 302-CSST (2778)

Abitibi-Témiscamingue

33, rue Gamble Ouest
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3
Télé. : 819 762-9325

2^e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1
Télé. : 819 874-2522

Bas-Saint-Laurent
180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3
Télé. : 418 725-6237

Capitale-Nationale
425, rue du Pont
Case postale 4900
Succursale Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6
Télé. : 418 266-4015

Chaudière-Appalaches
835, rue de la Concorde
Saint-Romuald
(Québec) G6W 7P7
Télé. : 418 839-2498

Côte-Nord

Bureau 236
700, boulevard Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1
Télé. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4
Télé. : 418 294-7325

Estrie
Place-Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King Ouest
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3
Télé. : 819 821-6116

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
163, boulevard de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1
Télé. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest
New Richmond
(Québec) G0C 2B0
Télé. : 418 392-5406

Île-de-Montréal

1, complexe Desjardins
Tour Sud, 31^e étage
Case postale 3
Succursale Place-Desjardins
Montréal
(Québec) H5B 1H1
Télé. : 514 906-3200

Lanaudière
432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2
Télé. : 450 756-6832

Laurentides
6^e étage
85, rue De Martigny Ouest
Saint-Jérôme
(Québec) J7Y 3R8
Télé. : 450 432-1765

Laval
1700, boulevard Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6
Télé. : 450 668-1174

Longueuil
25, boulevard La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7
Télé. : 450 442-6373

Mauricie et Centre-du-Québec

Bureau 200
1055, boulevard des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9
Télé. : 819 372-3286

Outaouais
15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3
Télé. : 819 778-8699

Saguenay-Lac-Saint-Jean
Place-du-Fjord
901, boulevard Talbot
Case postale 5400
Chicoutimi
(Québec) G7H 6P8
Télé. : 418 545-3543

Complexe du Parc
6^e étage
1209, boulevard du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8
Télé. : 418 679-5931

Saint-Jean-sur-Richelieu

145, boulevard Saint-Joseph
Case postale 100
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 6Z1
Télé. : 450 359-1307

Valleyfield
9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4
Télé. : 450 377-8228

Yamaska
2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6
Télé. : 450 773-8126

Bureau 102
26, place Charles-De Montmagny
Sorel-Tracy
(Québec) J3P 7E3
Télé. : 450 746-1036

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	
Adresse	Téléphone	Télécopieur
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CSST sur le formulaire **Réclamation du travailleur, le plus tôt possible** mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il est atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur**.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier CSST
du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1• Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie							
Prénom		N° d'assurance sociale							
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)		Date de l'événement d'origine							
Ville		Date de la récurrence, rechute ou aggravation							
Province, pays	Code postal	Date de naissance							
Téléphone	Téléphone (autre)	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome				

2• Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur (raison sociale)		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro	N° de dossier d'expérience
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		M U T	
N°, Rue, Bureau		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement <input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	N° de l'établissement
Ville, Province, Pays			ETA
Code postal			
Nom de la personne à joindre	Téléphone	Poste	Télécopieur

3• Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
---	--	---	--	---

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
--	---	-----------------

4• Renseignements sur le retour au travail

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Indéterminée	Type de retour	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignment temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)	L'assignment temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour				

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut \$ <input type="checkbox"/> Contrat de travail ou <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Autre	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre	Ancienneté dans votre entreprise OU Date d'embauche
			Année(s) Mois
			Année Mois

6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)	\$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur	= Salaire net X 90 % =	Remboursement réclamé \$
--------------------------	---	----	--	------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.		<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	Année Mois Jour
---	--	--	-----------------

Conformément à l'article 269 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :	Année Mois Jour	Signature de l'employeur ou de son représentant	Année Mois Jour
--	-----------------	---	-----------------

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	
Adresse	Téléphone	Télécopieur
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CSST sur le formulaire **Réclamation du travailleur, le plus tôt possible** mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il est atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur**.

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	
Adresse	Téléphone	Télécopieur
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

--

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CSST sur le formulaire **Réclamation du travailleur, le plus tôt possible** mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il est atteint d'une incapacité permanente, physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur**.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier CSST
du travailleur

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1• Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		
Prénom		
	Date de l'événement d'origine	A A A A M M J J
	Date de la récurrence, rechute ou aggravation	A A A A M M J J
Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome		

2• Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur (raison sociale)	Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro	N° de dossier d'expérience
	M U T	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		N° de l'établissement
N° Rue, Bureau	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement <input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	ETA
Ville, Province, Pays		Code postal
Nom de la personne à joindre	Téléphone	Poste
		Télécopieur

3• Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
--	---	--	---	--	--

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
--	---	-----------------

4• Renseignements sur le retour au travail

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Indéterminée	Type de retour	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour			L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

	Nature du contrat de travail	Mode de rémunération	Ancienneté dans votre entreprise
	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> Autre

À remplir par le(s) représentant(s) à la prévention

Date de l'enquête	Date de la transmission des recommandations	Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre de travailleur(s) blessé(s) lors de l'événement	Cochez si au moment de l'événement le travailleur n'exécutait pas son travail habituel	Nombre d'années et de mois d'expérience du travailleur dans son métier ou sa profession
Année Mois Jour	Année Mois Jour			<input type="checkbox"/>	Année(s) Mois

1. Décrivez les activité(s) du travailleur lors de l'événement.

2. Décrivez la nature des premiers secours ou des premiers soins et inscrivez le nom du secouriste

3. Décrivez les mesures correctives apportées

Schéma de l'être humain Cochez 1) Nature de la blessure 2) Parties du corps touchées

Description des blessures
Cochez les cases appropriées.

- Endroit douloureux
- Entorse, foulure, luxation
- Fracture
- Plaie superficielle**, égratignure, éraflure, piqûre, écharde, pénétration de corps étranger
- Plaie profonde**, coupure, lacération, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais **peau intacte**
- Déchirure musculaire, elongation tendineuse
- Amputation, perte d'un œil, d'ongles ou de dents
- Électrocution
- Brûlure, gelure, radiation (*flash*)
- Arthrite, bursite, tendinite
- Évanouissement spontané sans choc physique
- Évanouissement après choc physique, commotion cérébrale
- Intoxication, empoisonnement ou infection générale
- Asphyxie, noyade, strangulation
- Maladie de la peau, allergies
- Bris de prothèse
- Lésion interne
- Autres blessures (hernie, maladie contagieuse, surdité, etc.) précisez

Tête

--	--	--	--	--	--

Cuir chevelu
Crâne

--	--	--	--	--	--

G= Gauche
D= Droite

Nuque

--	--	--	--	--	--

Nez

--	--	--	--	--	--

Bouche
Machoires
Dents

--	--	--	--	--	--

Gorge

--	--	--	--	--	--

Poitrine
Thorax

--	--	--	--	--	--

Muscle
Dos

--	--	--	--	--	--

Côte

--	--	--	--	--	--

Hanches
Bassin

G					
D					

Siège

G					
D					

Aine

G					
D					

Abdomen

--	--	--	--	--	--

Organes
génétaux

--	--	--	--	--	--

Jambe

G					
D					

Cheville

G					
D					

Pied

G					
D					

Visage

--	--	--	--	--	--

Œil

G					
D					

Oreille

G					
D					

Épaule

G					
D					

Bras

G					
D					

Coude

G					
D					

Avant-bras

G					
D					

Poignet

G					
D					

Main

G					
D					

Pouce

G					
D					

Doigts

G					Nbre
D					

Cuisse

G					
D					

Genou

G					
D					

Plante
du pied

G					
D					

Orteils

G					Nbre
D					

Colonne vertébrale
(Indiquez l'endroit de la lésion par un x)

