

N° de dossier	Bureau	N° d'attribution
---------------	--------	------------------

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

Nom du travailleur	Numéro de référence du travailleur	Date de la lésion ou de l'accident initial
Employeur au moment de l'accident	Lésion	Date de la récurrence ou nouvelle lésion

1. a) Décrivez à quoi le travailleur attribue la récurrence?  
b) Date de la déclaration  
jj mm aa

2. a) Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette récurrence?  oui  non Si **oui**, quand? jj mm aa  
b) Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa  
c) Où le travailleur a-t-il été traité pour cette récurrence?  
 Soins sur place  Service des urgences  Cabinet d'un professionnel de la santé  Clinique  Autre \_\_\_\_\_  
Nom/emplacement du professionnel de la santé ou de l'établissement de soins

3. Connaissez-vous des facteurs ou d'autres troubles, à part la lésion professionnelle initiale, qui auraient pu contribuer à la récurrence du travailleur?  oui  non Si **oui**, fournissez des précisions ici. **ou**  Observations jointes

4. Du au , le travailleur a-t-il accompli ses tâches régulières?  oui  non  
Si **non**, décrivez les tâches accomplies.

5. Entre le et le , le travailleur a-t-il déclaré à quelqu'un au travail ou a-t-il discuté de tout trouble persistant relié à cet état pathologique?  oui  non  
Si **oui**, fournissez les noms et titres.

6. Entre le et le , le travailleur a-t-il obtenu des soins pour cet état pathologique?  oui  non  ne sait pas  
Si **oui**, de qui ou à quel endroit?  Chiropraticien  Physiothérapeute  Hôpital  Médecin  Infirmière autorisée (catégorie avancée)  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

7. Entre le et le , le travailleur s'est-il absent, du travail en raison de cet état?  oui  non  
Si **oui**, précisez les dates.

8. Cochez l'un des énoncés suivants. **En raison de cette récurrence ou nouvelle lésion, le travailleur :**  
 est retourné à son **emploi régulier** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains (remplissez **seulement** la page 1).  
 a accompli un **travail modifié** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains (remplissez **seulement** la page 1).  
 a interrompu son travail ou perdu des gains (remplissez les pages **1 et 2**).  
↳ Date de la première interruption de travail ou perte de gains jj mm aa      ↳ Date de retour au travail du travailleur (si connue) jj mm aa  travail régulier  travail modifié

9. Ces renseignements sur l'interruption de travail ou le travail modifié sont confirmés par : Téléphone Poste  
 Moi  Autre (nom)

**Commencez une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Je déclare que tous les renseignements fournis aux pages 1 et 2 sont véridiques.**

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire (en caractères d'imprimerie)	Titre officiel		
Signature	Téléphone	Poste	Date (jj/mm/aa)

Déclarez les gains  
du travailleur au  
moment de la récidive.

N° de dossier

Travailleur	Date de la lésion ou de l'accident initial (DDA)	Date de la récidive ou nouvelle lésion
-------------	--	--

1. Taux salarial régulier \$  l'heure  par jour  par semaine  autre

2. Montant ou code de demande nette

Fédéral  Provincial

3. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque?  oui  non Indiquez le pourcentage %

4. Heures de travail réelles le dernier jour de travail De  AM  PM ...  AM  PM

5. Heures normales de travail au dernier jour de travail De  AM  PM ...  AM  PM

6. Gains réels au dernier jour de travail \$

7. Gains normaux au dernier jour de travail \$

8. Avances sur salaire Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement?  oui  non

Si oui précisez  Plein/régulier  Autre  Payé par  Employeur  Tiers/régime d'assurance

Si le travailleur est payé par un tiers/régime d'assurance, fournissez Nom  Téléphone

9. **Autres gains (sauf le salaire régulier) :** Fournissez le **total des gains supplémentaires** pour chacune des quatre semaines précédant la récidive ou la nouvelle lésion.

\* Pour les travailleurs de quarts rotatifs : si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, joignez les renseignements sur les gains du dernier cycle avant la date de la récidive ou de la nouvelle lésion.

Utilisez ces cases pour indiquer tous les autres gains (primes, pourboires, etc.).

Période	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Heures supplémentaires obligatoires	Heures supplémentaires volontaires					
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Commissions ou primes de rendement

**Salaire hebdomadaire** Le travailleur a-t-il reçu un paiement au cours des quatre semaines précédant l'interruption de travail?  oui  non Si oui, quelle est la moyenne brute hebdomadaire? \$

**Salaire mensuel** Le travailleur a-t-il reçu un paiement au cours des trois mois précédant l'interruption de travail?  oui  non Si oui, quelle est la moyenne brute mensuelle? \$

Le travailleur a-t-il reçu des paiements tenant lieu de prestations?  oui  non Si oui, quel est le %?

10. **Horaire de travail** (remplissez A, B ou C. **N'indiquez pas** les heures supplémentaires.)

(A) **Horaire régulier** - Indiquez les heures et jours de travail normaux.

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi

**Exemple**

D	L	M	M	J	V	S
	8	8	8	8	8	

(B) **Quarts rotatifs répétés** - Indiquez :

NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	NOMBRE D'HEURES PAR QUART	NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE

**Exemple :** 4 jours de travail, 4 jours de congé, 12 heures par quart, cycle de 8 semaines

(C) **Horaire variable ou irrégulier** - Fournissez le total des heures régulières et des quarts de travail de chaque semaine pour les quatre semaines précédant la récidive ou la nouvelle lésion. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

Signature  Date  jj mm aa