

N° de dossier

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

Nom du travailleur		Travaillez-vous toujours pour le même employeur qu'au moment de la lésion initiale? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date de la lésion ou de l'accident initial	Date de la récurrence ou nouvelle lésion	Si non , indiquez le nom et l'adresse du nouvel employeur.	
Lésion		Pouvons-nous communiquer avec votre nouvel employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Téléphone

1. a) Estimez-vous que vos troubles actuels résultent de votre lésion initiale? oui non
 b) Décrivez pourquoi votre état était plus grave du _____ au _____. Indiquez tout détail ou changement qui s'est produit.

2. Du _____ au _____, avez-vous reçu un traitement médical pour votre lésion professionnelle? oui non
 Si **oui**, qui avez-vous consulté et combien de fois?

3. Indiquez le nom de tout médicament ou appareil et accessoire fonctionnel/orthèse que vous avez utilisé du _____ au _____ pour vos troubles persistants reliés à votre lésion professionnelle.

4. Du _____ au _____, le **travail** que vous faites a-t-il changé? oui non
 Si **oui**, décrivez ces changements.

5. Du _____ au _____, avez-vous déclaré un trouble persistant à quelqu'un au travail ou en avez-vous discuté avec quelqu'un? oui non
 Si **oui**, fournissez les noms et titres.

6. Entre le _____ et le _____, vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison de votre lésion professionnelle? oui non
 Si **oui**, à quelles dates?

7. Cochez l'un des énoncés suivants. **En raison de cette récurrence :**

je suis retourné(e) à un **emploi régulier** et **n'ai pas** interrompu mon travail ni perdu de gains (répondez **seulement** à la question 8).
 j'ai accompli un **travail modifié** et **n'ai pas** interrompu mon travail ni perdu de gains (répondez **seulement** aux questions 8 et 9).
 j'ai interrompu mon travail ou perdu des gains → Date de la première interruption de travail ou de perte de gains : jj mm aa (répondez **seulement** aux questions 10 à 12).

8. Êtes-vous retourné(e) au travail et fait un/des

a) travail régulier **OU** travail modifié
 b) salaire régulier **OU** salaire inférieur
 c) heures régulières **OU** heures réduites

9. Date de votre retour au travail : jj mm aa

10. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre professionnel de la santé?
 oui non Si **oui**, date de la dernière discussion : jj mm aa
 A-t-il déterminé vos restrictions ou capacités fonctionnelles? oui non

11. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur?
 oui non Si **oui**, date de la dernière discussion : jj mm aa
 Nom de la personne à qui vous avez parlé

12. A-t-on prévu une date de retour au travail? oui non
 Si **oui**, quelle est cette date? : jj mm aa

Commet 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 sur cette page sont véridiques.

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la CSPAAT.

Signature _____ Date (jj/mm/aa) _____