

Soumettez le présent formulaire et les documents à l'appui à wsib.ca/fr/soumettre.

Personne requérante		Numéro de dossier	Date de la lésion ou maladie
Nom de l'entreprise	Lésion		Date de la récurrence ou nouvelle lésion

1. a) Décrivez à quelle cause la personne requérante attribue la récurrence.

b) Date de la déclaration (jj/mmm/aaaa)

2. a) La personne requérante a-t-elle reçu des soins de santé pour cette récurrence? Oui Non

Si oui, quand? (jj/mmm/aaaa)

b) Quand l'entreprise a-t-elle appris que la personne requérante avait reçu des soins de santé? (jj/mmm/aaaa)

c) Où la personne requérante a-t-elle été traitée pour cette récurrence?

Soins sur place	Service des urgences	Spécialiste de la santé
Clinique	Autre	

Nom/emplacement de la personne spécialiste de la santé ou de l'établissement de soins

3. Connaissez-vous des facteurs ou d'autres problèmes, à part la lésion professionnelle initiale, qui auraient pu contribuer à la récurrence de la personne requérante? Oui Non

Si **oui**, fournissez des précisions **ou** soumettez un document. Soumission ci-jointe

4. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle accompli ses tâches de travail habituelles? Oui Non

Si **non**, décrivez les tâches accomplies.

5. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle déclaré à quelqu'un au travail tout problème persistant lié à ce trouble ou en a-t-elle discuté? Oui Non

Si **oui**, fournissez les noms et titres.

6. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle obtenu des soins médicaux pour ce trouble? Oui Non Inconnu

Si **oui**, de qui?

Personne chiropraticienne Physiothérapeute Hôpital Médecin

Personne infirmière (catégorie avancée) Autre (précisez)

7. Entre le _____ et le _____, la personne requérante s'est-elle absentée du travail en raison de ce trouble? Oui Non

Si **oui**, précisez les dates.

8. Cochez l'un des énoncés suivants. **En raison de cette récurrence ou de cette nouvelle lésion, la personne requérante :**

est retournée à son **travail habituel** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains.

est retournée à un **travail modifié** et **n'a pas** interrompu son travail ni perdu de gains.

a interrompu son travail et/ou perdu des gains.

↳ Date de la première interruption de travail et/ou perte de gains de la personne requérante (jj/mmm/aaaa)

Date du retour au travail de la personne requérante (si cette date est connue) (jj/mmm/aaaa)

Travail habituel Travail modifié

9. Les renseignements sur l'interruption de travail/l'absence d'interruption de travail/le travail modifié sont confirmés par : Moi Autre

Nom	Téléphone	Poste
-----	-----------	-------

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 sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel	Téléphone	Poste
Signature			Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.