

N° d'assurance maladie

Prénom et nom  
à la naissance

Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	
					Année
					Mois
					Date d'expiration

Init.	Nom du professionnel de la santé	N° de permis	N° de groupe

Date de l'événement  
d'origine

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de récurrence,  
rechute ou aggravation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de la visite

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**Diagnostic(s) précis de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires**  
(nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)

---



---



---

**SIÈGE(S) DE LA LÉSION (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)**

- |   |                                   |                                  |  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Visage         | <input type="checkbox"/> Crâne    | <input type="checkbox"/> Thorax  | <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Yeux           | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Bassin  |  |
| <input type="checkbox"/> Dents          | <input type="checkbox"/> Dorsal   | <input type="checkbox"/> Abdomen |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille gauche | <input type="checkbox"/> Lombaire |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Oreille droite | <input type="checkbox"/> Sacré    |                                  |  |

**Membre supérieur**

- | Gauche                              | Droite                   | Gauche                           | Droite                   |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Épaule     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bras       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Main    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Coude      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Doigts  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> |                                  |                          |

**Membre inférieur**

- | Gauche                          | Droite                   | Gauche                            | Droite                   |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cuisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pied     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genou  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Orteils  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jambe  | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

**Période prévisible de consolidation**

À compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi.

**14 jours ou moins**  
Date prévisible de consolidation A A A A M M J J

**plus de 14 jours**  
Durée prévisible à compter de la présente visite \_\_\_\_\_ Nombre de semaines

**Reverrez-vous le travailleur ?**

Oui  Non Si oui, date prévue A A A A M M J J

**Lieu de la visite**

**Nom de la clinique ou de l'établissement de santé**

Adresse

---



---



---

Téléphone

Télocopieur

Signature du professionnel  
de la santé

Date A A A A M M J J

Cochez si professionnel de la santé non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu  Victime d'un acte criminel  Sauveteur (acte de civisme)

Le sigle CNESST désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

## CNESST

« La Commission transmet sans délai au professionnel de la santé désigné par l'employeur copies des rapports médicaux qu'elle obtient en vertu de la présente section et qui concernent le travailleur de cet employeur ».

(LATMP, art. 215)

## TRAVAILLEUR

« Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui le rend incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée sa lésion doit remettre à son employeur l'attestation médicale prévue par l'article 199. »

(LATMP, art. 267)

La LATMP (art. 274-276) précise qu'un travailleur doit informer sans délai son employeur de la date de consolidation de sa lésion et qu'il doit également en informer sans délai la Commission lorsqu'il réintègre son emploi.

## EMPLOYEUR

La LATMP (art.269) oblige l'employeur à transmettre à la Commission l'attestation médicale prévue par l'article 199, dans des délais prescrits et accompagné d'un formulaire prévu à l'article 268.

La LATMP (art.275) précise qu'un employeur qui réintègre un travailleur dans son emploi doit en informer la Commission sans délai.

La LATMP (art.212) permet à l'employeur de contester le rapport du professionnel de la santé qui a charge du travailleur. Il peut en effet demander à un autre professionnel de la santé un second rapport médical. Si ce second rapport infirme les conclusions du premier, l'employeur peut en transmettre copie à la Commission dans les trente jours de l'attestation ou du rapport contesté.

Ce délai peut être prolongé si le réclamant fournit un motif raisonnable pour expliquer son retard (art.352).

Toutes les contestations sont soumises sans délai au Bureau d'évaluation médicale en précisant l'objet du litige. Le membre du Bureau d'évaluation médicale doit rendre un avis dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis (art. 217 et 222).

## PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

1. Assurez-vous d'avoir pris connaissance du *Guide d'utilisation des formulaires médicaux* avant de compléter ce formulaire.
2. **Le professionnel de la santé qui remplit ce formulaire doit fournir tous les renseignements demandés conformément au guide.** Si les renseignements fournis sont incomplets, manquants ou non conformes au guide, ils devront être fournis sans frais supplémentaires, à la demande de la CNESST.
3. Le professionnel de la santé qui remplit une attestation médicale remet les trois copies au travailleur : celle du travailleur, de l'employeur et de la CNESST.
4. Dans les cas où le bénéficiaire est victime d'un acte criminel, les termes « travailleur » et « son travail » doivent être interprétés respectivement par « victime » et « ses activités ».
5. CONSOLIDATION : guérison ou stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible.
6. Code RAMQ :  
- Attestation médicale : 09926
7. Si le rapport du professionnel de la santé désigné par l'employeur infirme l'une ou l'autre des conclusions du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception de ce rapport, fournir à la Commission un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. La Commission soumet ces rapports, y compris, le cas échéant, le rapport complémentaire au Bureau d'évaluation médicale (art. 212.1).