



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT
ACCIDENT DU TRAVAIL
MALADIE PROFESSIONNELLE
Santé et sécurité du travail

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

L'employeur doit utiliser ce formulaire pour :

- aviser la CNESST 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 CNESST 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 deux 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.

L'employeur doit transmettre à la CNESST l'attestation médicale qui lui a été fournie par le travailleur.

Le présent document comporte deux 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 CNESST au numéro 1 844 838-0808.



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Santé et sécurité du travail

	Espace réservé à l'employeur
N° de dossier du travailleur	<input type="text"/>

1• Renseignements sur le travailleur			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		N° d'assurance maladie	
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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)	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Ancienneté dans votre entreprise	OU Date d'embauche

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	EXP
N°, Rue, Bureau		N° de l'établissement	
Ville, Province, Pays	Code postal	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement <input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	ETA
Nom de la personne à joindre	Téléphone	Poste	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.

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
Vous devez indiquer le numéro du dossier d'expérience CNESST (EXP) auquel était rattaché le travailleur au moment de l'événement. Ce numéro paraît sur la documentation que la CNESST adresse aux employeurs.

Numéro de l'établissement
L'établissement désigne un lieu physique. Un employeur peut avoir plusieurs numéros d'établissement émis par la CNESST 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 CNESST 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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 deux 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.

Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
---	-----------------

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

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Année Mois Jour	Attestation médicale électronique	R M
---	-----------------	---	-----------------	-----------------------------------	-----

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.

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Elle correspond à la journée de travail au cours de laquelle le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion (jour de l'abandon). 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 CNESST.

Attestation médicale électronique

Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro débute par RM, vous n'avez qu'à inscrire ce numéro ici. Il n'est pas nécessaire de transmettre cette attestation à la CNESST.

Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro ne débute pas par RM, vous devez faire parvenir l'attestation médicale à la CNESST.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?

L'employeur peut désigner un professionnel de la santé à qui la CNESST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4- Renseignements sur le retour au travail

Date de retour au travail	Année Mois Jour	Type de retour	<input type="checkbox"/> Réelle	<input type="checkbox"/> Mêmes emplois	<input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail	<input checked="" type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail léger, etc.)
			<input type="checkbox"/> Prévues	<input type="checkbox"/> Indéterminées	L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assignation temporaire d'un travail

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 professionnel de la santé traitant est requis.

Autre (retour progressif, travail léger, etc.)

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

5- Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaires annuels bruts Contrat de travail (Information obligatoire) : _____ \$ Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail : _____ \$	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <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
---	--	--

Contrat de travail (cette case doit toujours être complétée)

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 \$

Dans le cas du travailleur sur appel, vous devez indiquer le revenu brut d'un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable chez son employeur, en tenant compte notamment de l'expérience, des qualifications professionnelles et de l'ancienneté. Si c'est impossible, indiquez 0 et complétez la case Gagné au cours des 12 derniers mois.

Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail

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 <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'incapacité à effectuer son 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 2020, le salaire maximum assurable brut est de 3 011,12 \$ 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 CNESST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CNESST 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.

Avisez par téléphone la CNESST lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 178 755 \$.

Les points de service de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CNESST, un seul numéro :
1 844 838-0808

Télécopieur : 1 855 722-8081

Abitibi-Témiscamingue

33, rue Gamble Ouest
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3

2^e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1

Bas-Saint-Laurent

180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3

Capitale-Nationale

425, rue du Pont
Case postale 4900
Succursale Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6

Chaudière-Appalaches

835, rue de la Concorde
Lévis
(Québec) G6W 7P7

Côte-Nord

Bureau 236
700, boulevard Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1

235, boulevard La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4

Estrie

Place-Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King Ouest
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

163, boulevard de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1

200, boulevard Perron Ouest

New Richmond
(Québec) G0C 2B0

Île-de-Montréal

5, Complexe Desjardins
Basilaire 1 centre
Case postale 3
Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1H1

Lanaudière

432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2

Laurentides

3^e étage
275, rue Latour
Saint-Jérôme
(Québec) J7Z 0J7

Laval

1700, boulevard Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6

Longueuil

25, boulevard La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7

Mauricie et Centre-du-Québec

Bureau 200
1055, boulevard des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9

Outaouais

15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Place-du-Fjord
901, boulevard Talbot
Case postale 5400
Saguenay
(Québec) G7H 6P8

Complexe du Parc

6^e étage
1209, boulevard du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8

Saint-Jean-sur-Richelieu

3^e étage
145, boulevard Saint-Joseph
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 1W5

Valleyfield

9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4

Yamaska

2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Nom	Téléphone	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
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 CNESST 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 subit une atteinte permanente à son intégrité 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** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Nom	Téléphone	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
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 CNESST 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 subit une atteinte permanente à son intégrité 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** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

1• Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)	N° d'assurance sociale
Ville	Date de l'événement d'origine
Province, pays	Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Code postal	Date de naissance
Téléphone	Téléphone (autre)
Poste	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise
Année	Mois
OU	
Date d'embauche	
Année	
Mois	
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
	EXP
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur	
N°, Rue, Bureau	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ville, Province, Pays	Code postal
	<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20
	N° de l'établissement
	ETA
Nom de la personne à joindre	Téléphone
	Poste
	Télécopieur
3• Renseignements et description de l'événement	
Lieu de l'événement	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?
<input type="checkbox"/> Poste de travail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)	<input type="checkbox"/> Voir verso
<input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.)	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.
<input type="checkbox"/> Hors du Québec	<input type="checkbox"/> Voir verso
<input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	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.	
Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>	
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie
Année	Année
Mois	Mois
Jour	Jour
Attestation médicale électronique	R M
4• Renseignements sur le retour au travail	
Date de retour au travail	Type de retour
Année	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail léger, etc.)
Mois	
Jour	
	<input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée
	L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités	
Salaire annuel brut	Nature du contrat de travail
Contrat de travail (information obligatoire)	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée
Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail	<input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier
	<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
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 :	Signature de l'employeur ou de son représentant
Année	Année
Mois	Mois
Jour	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	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
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 CNESST 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 subit une atteinte permanente à son intégrité 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** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

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

Nom de famille (selon l'acte de naissance)											
Prénom											
		Date de l'événement d'origine	<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J				
		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J
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									
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise	Année Mois	OU Date d'embauche								
			Année Mois								

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	EXP
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement	N° de l'établissement
N°, Rue, Bureau	<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	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès.
<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)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	<input type="checkbox"/> Voir verso	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	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.

Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)

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

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Année Mois Jour
---	-----------------------	---	-----------------------

4• Renseignements sur le retour au travail

Date de retour au travail

Réelle Type de retour Même emploi Assignation temporaire d'un travail Autre (retour progressif, travail léger, etc.)

Année Mois Jour

Prévüe Indéterminée L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? Oui Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Nature du contrat de travail	Mode de rémunération
<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier	<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

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

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

Siège

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

Aine

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

Abdomen

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

Organes
génétaux

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

Jambe

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

Cheville

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

Pied

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

Visage

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

Œil

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

Oreille

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

Épaule

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

Bras

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

Coude

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

Avant-bras

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

Poignet

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

Main

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

Pouce

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

Doigts

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

Cuisse

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

Genou

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

Plante
du pied

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

Orteils

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

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

