

## **Comment remplir le formulaire**

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle causée par des mouvements répétitifs à votre travail.

Ce formulaire comporte des questions précises et pertinentes à l'analyse de votre réclamation pour maladie professionnelle. Il doit être expédié au bureau de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en même temps que le formulaire *Réclamation du travailleur* à moins que vous ne nous l'ayez déjà fait parvenir.

Votre numéro d'assurance maladie doit absolument apparaître sur ce formulaire. Si vous avez besoin d'aide pour le remplir, veuillez communiquer avec la CNESST au 1 844 838-0808.

En ce qui concerne l'historique d'emploi :

- inscrire les noms et adresses de tous les employeurs où vous présumez avoir contracté votre maladie, en commençant par l'employeur actuel ou le plus récent ;
- si l'espace est insuffisant, utiliser un feuillet séparé ou remplir un autre formulaire.

Il est très important que vous nous transmettiez toute l'information pertinente à l'étude de votre demande; utilisez la section *Commentaires* ou annexez un autre document au besoin. Nous vous suggérons de conserver une photocopie de ce formulaire.

## **Protection des renseignements personnels**

Conformément à l'article 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la CNESST vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur ce formulaire, de même que ceux qui s'ajouteront à votre dossier par la suite, seront traités de façon confidentielle et ne seront consultés que par les personnes désignées dans la déclaration de fichiers de renseignements personnels que vous pouvez consulter à la Commission d'accès à l'information. Certains renseignements peuvent toutefois être communiqués ou obtenus sans votre consentement, conformément aux dispositions d'exception prévues dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, ou encore dans le cadre d'ententes entre organismes conclues conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Les renseignements demandés sont nécessaires au traitement de votre demande. Toute personne qui refuse de les fournir pourrait voir sa demande refusée.

La CNESST vous informe également que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* prévoit, aux articles 83, 85 et 89 à 93, des droits d'accès et de rectification. Pour obtenir votre dossier, veuillez vous adresser au bureau de la CNESST. Au besoin, vous pouvez adresser une demande au Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels de la CNESST.

**La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.**

N° de dossier du  
travailleur

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

N° d'assurance maladie

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

Date de l'événement

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

## A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)

Prénom

## B. Historique d'emploi

### Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)

De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

Nom de l'employeur (raison sociale)

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur

N°

Rue

Bureau

Ville

Province

Pays

Code postal

**Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigent d'effectuer des mouvements à répétition. Quels sont les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).**

Dans les mouvements que vous devez faire à répétition, indiquez quelles articulations sont sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agit du côté gauche ou droit.

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ces conditions ?

Décrivez les outils ou instruments que vous utilisez.

Nombre d'heures d'utilisation  
par jour

Pendant combien de temps dans une journée normale de travail devez-vous exécuter des mouvements à répétition ?

Combien de fois par minute faites-vous ces mouvements ?

Nombre d'heures par jour

Nombre de jours par semaine

Nombre de semaines par année

Avez-vous des temps de repos ?  Oui  Non

Si oui, combien de fois par jour ?

Durée totale par jour

Devez-vous forcer en exécutant ces mouvements ?

Oui  Non

Décrivez la position que vous prenez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).

Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles et depuis quand ?

Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?

Oui  Non

Êtes-vous exposé à des vibrations ?

Oui  Non

Êtes-vous exposé au froid ?

Oui  Non

Emploi antérieur										
De	A A A A	M M	J J	À	A A A A	M M	J J	Emploi ou titre de la fonction		
Nom de l'employeur (raison sociale)										
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			N°	Rue			Bureau			
Ville			Province		Pays			Code postal		
<b>Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).</b>										
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.										
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?										
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.										Nombre d'heures d'utilisation par jour
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?				Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?		Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année
Avez-vous des temps de repos ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Si oui, combien de fois par jour ?		Durée totale par jour		Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).										
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles et depuis quand ?										
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Étiez-vous exposé à des vibrations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Étiez-vous exposé au froid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Emploi antérieur													
De	<div style="display: flex; gap: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> </div>	M	M	J	J	À	<div style="display: flex; gap: 2px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> </div>	M	M	J	J	Employer ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)													
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur				N°		Rue				Bureau			
Ville				Province			Pays				Code postal		
Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).													
<p style="font-size: small;">Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.</p>													
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?													
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisez.											Nombre d'heures d'utilisation par jour		
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?					Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?			Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année	
Aviez-vous des temps de repos ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui, combien de fois par jour ?			Durée totale par jour			Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).													
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <span style="float: right; font-size: small;">Si oui, lesquelles et depuis quand ?</span>													
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
Étiez-vous exposé à des vibrations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Étiez-vous exposé au froid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							

Emploi antérieur					
De	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	À	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)					
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		N°	Rue	Bureau	
Ville		Province		Pays	Code postal
<b>Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).</b>					
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.					
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?					
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.					Nombre d'heures d'utilisation par jour
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?		Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?	Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre de semaines par année
Aviez-vous des temps de repos ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien de fois par jour ?	Durée totale par jour	Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).					
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si oui, lesquelles et depuis quand ?					
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Étiez-vous exposé à des vibrations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Étiez-vous exposé au froid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Emploi antérieur																					
<b>De</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td> <td style="width: 3.33%;">M</td><td style="width: 3.33%;">M</td> <td style="width: 3.33%;">J</td><td style="width: 3.33%;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<b>À</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td><td style="width: 3.33%;">A</td> <td style="width: 3.33%;">M</td><td style="width: 3.33%;">M</td> <td style="width: 3.33%;">J</td><td style="width: 3.33%;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction	
A	A	A	A	M	M	J	J														
A	A	A	A	M	M	J	J														
Nom de l'employeur (raison sociale)																					
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		N°	Rue	Bureau																	
Ville	Province	Pays		Code postal																	
<b>Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).</b>																					
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.																					
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?																					
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisez.				Nombre d'heures d'utilisation par jour																	
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?	Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?	Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre de semaines par année																	
Aviez-vous des temps de repos ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois par jour ?	Durée totale par jour	Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).																					
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
Si oui, lesquelles et depuis quand ?																					
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
Étiez-vous exposé à des vibrations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Étiez-vous exposé au froid ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																		

## C. Information relative à votre maladie professionnelle

Avez-vous déjà consulté relativement aux problèmes de santé pour lesquels vous faites une réclamation ?  Oui  Non

Oui  Non

SI oui, veuillez nous donner les noms et adresses des professionnels de la santé consultés et/ou des établissements de santé où vous avez subi des examens.

1	Nom				Spécialité				
	Adresse N°	Rue	Bureau		Examens subis				Date
	Ville	Province	Pays	Code postal					A A A A M M J J
2	Nom				Spécialité				
	Adresse N°	Rue	Bureau		Examens subis				Date
	Ville	Province	Pays	Code postal					A A A A M M J J
3	Nom				Spécialité				
	Adresse N°	Rue	Bureau		Examens subis				Date
	Ville	Province	Pays	Code postal					A A A A M M J J
4	Nom				Spécialité				
	Adresse N°	Rue	Bureau		Examens subis				Date
	Ville	Province	Pays	Code postal					A A A A M M J J
5	Nom				Spécialité				
	Adresse N°	Rue	Bureau		Examens subis				Date
	Ville	Province	Pays	Code postal					A A A A M M J J

**N.B. : Si vous manquez d'espace, complétez l'information en utilisant la section E. Commentaires.**

## D. Information complémentaire

Est-il survenu un fait accidentel susceptible d'avoir causé votre lésion ?

Oui  Non Si oui, décrivez-le.

Êtes-vous ?

Droitier  Gaucher

Avez-vous déjà fait une réclamation à la CNESST pour le même problème de santé ?

Oui  Non Si oui, quand ?

## E. Commentaires

Veuillez fournir toute autre information que vous jugerez pertinente à l'étude de votre demande et qui pourrait être en rapport avec votre maladie professionnelle.

## F. Signature

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets

Signature du travailleur

Date

A A A A M M J J