

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

C. Information relative à votre maladie professionnelle

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

SI oui, veuillez nous donner les noms et adresses des médecins 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 | | | | <input type="text"/> |
| 2 | Nom | | | | Spécialité | | | |
| | Adresse N° | Rue | Bureau | | Examens subis | | | Date |
| | Ville | Province | Pays | Code postal | | | | <input type="text"/> |
| 3 | Nom | | | | Spécialité | | | |
| | Adresse N° | Rue | Bureau | | Examens subis | | | Date |
| | Ville | Province | Pays | Code postal | | | | <input type="text"/> |
| 4 | Nom | | | | Spécialité | | | |
| | Adresse N° | Rue | Bureau | | Examens subis | | | Date |
| | Ville | Province | Pays | Code postal | | | | <input type="text"/> |
| 5 | Nom | | | | Spécialité | | | |
| | Adresse N° | Rue | Bureau | | Examens subis | | | Date |
| | Ville | Province | Pays | Code postal | | | | <input type="text"/> |

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