



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT

ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

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

L'employeur doit utiliser ce formulaire pour :

- aviser la CSST qu'un travailleur qui a subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une rechute, récurrence 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 CSST 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 2 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.

Le présent document comporte 2 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

Le personnel du bureau de la CSST de votre région peut vous aider à remplir ce formulaire.



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT

1• Identification du travailleur										
Nom à la naissance					N° d'assurance maladie			Date de l'événement d'origine		Année Mois Jour
Prénom					N° d'assurance sociale			Sexe		Date de récurrence, rechute ou aggravation
Adresse N°		Boulevard, avenue, rue, rang								
Ville, localité			Province, pays		Code postal		M	F	Date de récurrence, rechute ou aggravation	
Téléphone	Date de naissance	Année	Mois	Jour	Cochez si le travailleur est	<input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur	<input type="checkbox"/> Travailleur autonome			

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 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• Identification de l'employeur									
Raison sociale de l'employeur					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			N° de l'établissement	
					ETA	N° de l'établissement			
Adresse N°		Boulevard, avenue, rue, rang			Bureau		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement		N° de l'établissement
Ville, localité			Province, pays		Code postal		<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. Pour plus d'information, téléphonez au bureau de la CSST de votre région.

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

Un employeur peut avoir plusieurs dossiers d'expérience (anciennement sous-dossier financier). Indiquez à quel dossier d'expérience devrait être imputé le coût de la lésion. Ce numéro paraît sur la documentation que la CSST adresse aux employeurs.

Numéro de l'établissement

L'établissement désigne un lieu physique. Un employeur peut avoir plusieurs numéros d'établissement émis par la CSST 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 CSST 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...) <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...) <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 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 boeuf, il s'est coupé profondément à la main gauche avec un couteau.

Rechute, récurrence 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 2 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.

Profession ou métier exercé au moment de l'événement

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.)

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 rechute, récurrence ou aggravation, décrivez les circonstances entourant la réapparition de la lésion.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?

L'employeur peut désigner un médecin à qui la CSST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4• Renseignements sur le retour au travail

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	Date de retour au travail Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée	Type de retour <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignment temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)	L'assignment temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---	---	---	--

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Elle correspond au jour de l'abandon du travail. 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 CSST.

Assignment temporaire

Mesure qui 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 médecin traitant est requis. Pour plus d'information, téléphonez au bureau de la CSST de votre région.

Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

Différentes solutions de retour au travail proposées par le médecin traitant, l'employeur, le travailleur ou la CSST 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 \$ <input type="checkbox"/> Contrat de travail OU <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois	Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	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	Ancienneté dans votre entreprise Années Mois	Date d'embauche Année Mois
---	--	--	--	--------------------------------------

Contrat de travail

Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année. Ex. 10 \$ /heure X 40 heures X 52 semaines = 20 800 \$

Gagné au cours des 12 derniers mois

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

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'abandon du 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 2002, le salaire maximum assurable brut est de 2019.23 \$ 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 CSST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CSST 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. Pour bénéficier de ce service, informez-vous au bureau de la CSST de votre région.

Avisez par téléphone le bureau de la CSST de votre région lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 50 000 \$.

Directions régionales de la Commission de la santé et de la sécurité du travail

Pour joindre la CSST, un seul numéro :
1 866 302-CSST (2778)

Abitibi-Témiscamingue
33, rue Gamble Ouest
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3
Télééc. : 819 762-9325

2^e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1
Télééc. : 819 874-2522

Bas-Saint-Laurent
180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3
Télééc. : 418 725-6237

Capitale-Nationale
425, rue du Pont
Case postale 4900
Succursale Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6
Télééc. : 418 266-4015

Chaudière-Appalaches
835, rue de la Concorde
Saint-Romuald
(Québec) G6W 7P7
Télééc. : 418 839-2498

Côte-Nord
Bureau 236
700, boulevard Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1
Télééc. : 418 964-3959

235, boulevard La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4
Télééc. : 418 294-7325

Estrie
Place-Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King Ouest
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3
Télééc. : 819 821-6116

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
163, boulevard de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1
Télééc. : 418 368-7855

200, boulevard Perron Ouest
New Richmond
(Québec) G0C 2B0
Télééc. : 418 392-5406

Île-de-Montréal
1, complexe Desjardins
Tour Sud, 31^e étage
Case postale 3
Succursale Place-Desjardins
Montréal
(Québec) H5B 1H1
Télééc. : 514 906-3200

Lanaudière
432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2
Télééc. : 450 756-6832

Laurentides
6^e étage
85, rue De Martigny Ouest
Saint-Jérôme
(Québec) J7Y 3R8
Télééc. : 450 432-1765

Laval
1700, boulevard Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6
Télééc. : 450 668-1174

Longueuil
25, boulevard La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7
Télééc. : 450 442-6373

Mauricie et Centre-du-Québec
Bureau 200
1055, boulevard des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9
Télééc. : 819 372-3286

Outaouais
15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3
Télééc. : 819 778-8699

Saguenay-Lac-Saint-Jean
Place-du-Fjord
901, boulevard Talbot
Case postale 5400
Chicoutimi
(Québec) G7H 6P8
Télééc. : 418 545-3543

Complexe du Parc
6^e étage
1209, boulevard du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8
Télééc. : 418 679-5931

Saint-Jean-sur-Richelieu
145, boulevard Saint-Joseph
Case postale 100
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 6Z1
Télééc. : 450 359-1307

Valleyfield
9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4
Télééc. : 450 377-8228

Yamaska
2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6
Télééc. : 450 773-8126

Bureau RC-4
77, rue Principale
Granby
(Québec) J2G 9B3
Télééc. : 450 776-7256

Bureau 102
26, place Charles-De Montmagny
Sorel-Tracy
(Québec) J3P 7E3
Télééc. : 450 746-1036

Site Internet : www.csst.qc.ca

Espace réservé à l'employeur

Espace réservé à la CSST

1• Identification du travailleur									
Nom à la naissance					N° d'assurance maladie			Date de l'événement d'origine	
Prénom								Année Mois Jour	
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang			Appartement		N° d'assurance sociale		Sexe	Date de récédive, rechute ou aggravation	
Ville, localité			Province, pays		Code postal		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Année Mois Jour	
Téléphone		Date de naissance		Année Mois Jour		Cochez si le travailleur est <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome			

2• Identification de l'employeur		
Raison sociale de l'employeur		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
		M U T
		N° de dossier d'expérience

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur				
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang			Bureau	
Ville, localité			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	
Nom de la personne à joindre			N° de l'établissement	
Téléphone			ETA	
			Poste	
			Télécopieur	

3• Renseignements et description de l'événement				
Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		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 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.		
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)
		Année Mois Jour

4• Renseignements sur le retour au travail				Cochez si la version de l'employeur est différente. <input type="checkbox"/>
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Indéterminée	Type de retour <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour		L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités					
Salaires annuels bruts \$ <input type="checkbox"/> Contrat de travail ou <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois		Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <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"/> Autre <input type="checkbox"/> À forfait	Ancienneté dans votre entreprise Années Mois OU Année Mois
				Date d'embauche	

6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)			
Nombre de jours payables	Salaires brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur	Remboursement réclamé
<input type="text"/>	\$	= Salaires net X 90 % =	\$
<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 :			Année Mois Jour	Signature de l'employeur ou de son représentant	Année Mois Jour
--	--	--	-----------------	---	-----------------



Espace réservé à l'employeur	
Espace réservé à la CSST	

1• Identification du travailleur									
Nom à la naissance					N° d'assurance maladie			Date de l'événement d'origine	
Prénom								Année Mois Jour	
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang			Appartement		N° d'assurance sociale		Sexe	Date de récédive, rechute ou aggravation	
Ville, localité			Province, pays		Code postal		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Année Mois Jour	
Téléphone		Date de naissance		Année Mois Jour		Cochez si le travailleur est <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome			

2• Identification de l'employeur		
Raison sociale de l'employeur		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
		M U T
		N° de dossier d'expérience

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang		Bureau
Ville, localité		Province, pays
		Code postal
Nom de la personne à joindre		Téléphone
		Poste
		Télécopieur

3• Renseignements et description de l'événement					
Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		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 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.		
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)
		Année Mois Jour

4• Renseignements sur le retour au travail			Cochez si la version de l'employeur est différente. <input type="checkbox"/>
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Type de retour <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.) <input type="checkbox"/> Indéterminée
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités					
Salaire annuel brut \$ <input type="checkbox"/> Contrat de travail ou <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois		Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier		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	Ancienneté dans votre entreprise Années Mois OU Année Mois Date d'embauche Année Mois

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	Remboursement réclamé
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	= Salaire net X 90 % =	\$ <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 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 :		Année Mois Jour	Signature de l'employeur ou de son représentant	Année Mois Jour
--	--	-----------------	---	-----------------



Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Nom	N° de téléphone
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	
Adresse		
	N° de téléphone	N° de télécopieur
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 CSST 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 est atteint d'une incapacité permanente, 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**.

Espace réservé à l'employeur	
Espace réservé à la CSST	

1• Identification du travailleur									
Nom à la naissance					N° d'assurance maladie			Date de l'événement d'origine	
Prénom								Année Mois Jour	
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang				Appartement			N° d'assurance sociale		Sexe
Ville, localité				Province, pays		Code postal		Date de récidive, rechute ou aggravation	
								Année Mois Jour	
Téléphone		Date de naissance		Année Mois Jour		Cochez si le travailleur est <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome			

2• Identification de l'employeur		
Raison sociale de l'employeur		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
		M U T
		N° de dossier d'expérience

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang			Bureau
Ville, localité			Province, pays
			Code postal
Nom de la personne à joindre		Téléphone	Poste
			Télécopieur

3• Renseignements et description de l'événement				
Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 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.		
Profession ou métier exercé au moment de l'événement		Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)
		Année Mois Jour

4• Renseignements sur le retour au travail			Cochez si la version de l'employeur est différente. <input type="checkbox"/> (Pour tout commentaire, écrivez au verso)
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Type de retour <input type="checkbox"/> Prévue <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.) <input type="checkbox"/> Indéterminée
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités					
Salaires annuels bruts \$ <input type="checkbox"/> Contrat de travail ou <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois		Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier		Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre	Ancienneté dans votre entreprise Années Mois OU Année Mois Date d'embauche Année Mois

6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)			
Nombre de jours payables	Salaires bruts totaux perdus (jusqu'à concurrence du maximum assurable)	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur	Remboursement réclamé
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	= Salaires nets X 90 % =	\$ <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 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 :			Année Mois Jour	Signature de l'employeur ou de son représentant	Année Mois Jour
--	--	--	-----------------	---	-----------------



Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

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

Nom	N° de téléphone
Adresse	
Code postal	

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	
Adresse		
	N° de téléphone	N° de télécopieur
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 CSST 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 est atteint d'une incapacité permanente, 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**.

Espace réservé
à l'employeur

 Espace réservé
à la CSST

1• Identification du travailleur		
Nom à la naissance		Date de l'événement d'origine Année Mois Jour
Prénom		
		Date de récurrence, rechute ou aggravation Année Mois Jour
Cochez si le travailleur est <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome		

2• Identification de l'employeur		
Raison sociale de l'employeur	Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro	N° de dossier d'expérience
	M U T	

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		
Adresse N° Boulevard, avenue, rue, rang	Bureau	N° de l'établissement
Ville, localité	Province, pays	Code postal
Nom de la personne à joindre	Téléphone	Poste
		Télécopieur
Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement <input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20		ETA

3• Renseignements et description de l'événement				
Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client...) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement...) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	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 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.	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)
	Année Mois Jour

4• Renseignements sur le retour au travail		
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	Date de retour au travail Année Mois Jour
Type de retour <input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée		Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>
L'assignation temporaire a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Type de retour <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail allégé, etc.)

5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités			
Nature du contrat de travail	Mode de rémunération	Ancienneté dans votre entreprise	Date d'embauche
<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <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	Années Mois OU Année Mois	Année Mois

A remplir par le(s) représentant(s) à la prévention					
Date de l'enquête Année Mois Jour	Date de la transmission des recommandations Année Mois Jour	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 <input type="checkbox"/>	Nombre d'années et de mois d'expérience du travailleur dans son métier ou sa profession Années 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, laceration, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais **peau intacte**
- Déchirure musculaire, élongation tendineuse
- Amputation, perte d'un oeil, 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

Nuque

Nez

Bouche
Machoirs
Dents

Gorge

Poitrine
Thorax

Muscle
Dos

Côte

Hanches
Bassin

Siège

Aîne

Abdomen

Organes
généitaux

Jambe

Cheville

Pied

Cuir chevelu
Crâne

Visage

Oeil

Oreille

Épaule

Bras

Coude

Avant-bras

Poignet

Main

Pouce

Doigts

Cuisse

Genou

Plante du pied

Orteils

G= Gauche
D= Droite

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

