

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

A. Renseignements sur le travailleur					
Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance sociale	
Adresse (n°, rue, app.)				Téléphone	
Ville		Province	Code postal	Cellulaire ou autre n°	
Titre ou profession (au moment de la lésion)		Quand avez-vous commencé à travailler pour cet employeur?	jj	mm	aa
Indiquez si vous êtes :		<input type="checkbox"/> dirigeant de l'entreprise	<input type="checkbox"/> représentant élu	<input type="checkbox"/> propriétaire de l'entreprise	<input type="checkbox"/> conjoint ou parent de l'employeur
Date de naissance		jj	mm	aa	Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?
Sexe	Langue préférée	Date de naissance	jj	mm	aa
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre	Avez-vous besoin d'un interprète?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Êtes-vous membre d'un syndicat?	Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande?	Si oui , autorisez-vous la communication verbale de renseignements sur la situation de votre dossier à votre représentant syndical?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Indiquez le nom et la section locale de votre syndicat.					

B. Renseignements sur l'employeur		
Nom de l'entreprise ou de l'employeur		
Adresse		
Ville		Province
		Code postal
Nom de votre superviseur immédiat		Téléphone de l'entreprise

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements																																																					
1. Date et heure de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi Date et heure de la déclaration à l'employeur jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	2. À qui avez-vous déclaré cet accident ou cette maladie? (Nom et titre) Téléphone																																																				
3. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tête</td> <td><input type="checkbox"/> Dents</td> <td><input type="checkbox"/> Haut du dos</td> <td><input type="checkbox"/> Gauche</td> <td><input type="checkbox"/> Épaule</td> <td><input type="checkbox"/> Droit</td> <td><input type="checkbox"/> Gauche</td> <td><input type="checkbox"/> Poignet</td> <td><input type="checkbox"/> Gauche</td> <td><input type="checkbox"/> Hanche</td> <td><input type="checkbox"/> Droit</td> <td><input type="checkbox"/> Gauche</td> <td><input type="checkbox"/> Cheville</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visage</td> <td><input type="checkbox"/> Cou</td> <td><input type="checkbox"/> Bas du dos</td> <td><input type="checkbox"/> Bras</td> <td><input type="checkbox"/> Avant-bras</td> <td><input type="checkbox"/> Main</td> <td><input type="checkbox"/> Poignet</td> <td><input type="checkbox"/> Doigt(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Cuisse</td> <td><input type="checkbox"/> Genou</td> <td><input type="checkbox"/> Bas de la jambe</td> <td><input type="checkbox"/> Pied</td> <td><input type="checkbox"/> Orteil(s)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oeil (yeux)</td> <td><input type="checkbox"/> Poitrine</td> <td><input type="checkbox"/> Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/> Coude</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oreille(s)</td> <td><input type="checkbox"/> Bassin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Autre : _____ Êtes-vous <input type="checkbox"/> Gaucher? <input type="checkbox"/> Droitier?		<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Orteil(s)	<input type="checkbox"/> Oeil (yeux)	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Coude										<input type="checkbox"/> Oreille(s)	<input type="checkbox"/> Bassin											
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Cheville																																									
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Orteil(s)																																									
<input type="checkbox"/> Oeil (yeux)	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Coude																																																		
<input type="checkbox"/> Oreille(s)	<input type="checkbox"/> Bassin																																																				
4. La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)																																																					
5. Est-il survenu hors de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui , précisez où (ville, province, état, pays)																																																					
6. Vous êtes-vous déjà blessé à cette partie du corps? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 7. Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'accident du travail? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - en Ontario <input type="checkbox"/> oui - hors de l'Ontario																																																					

Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site www.wsib.on.ca

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)

- 8.** Si vous avez subi un accident ou contracté une maladie soudainement, décrivez votre lésion et ce qui l'a causée (par ex., vous vous êtes blessé au bas du dos en soulevant une boîte de 50 lb, foulé la cheville en glissant sur un plancher mouillé, une éruption est apparue lorsque vous avez utilisé un nouveau nettoyant). Veuillez préciser la taille, le poids et le nom de tout objet mentionné.
ou
Si la lésion que vous avez subie est apparue graduellement, décrivez-la ainsi que le travail que vous faites et indiquez ce qui l'a causée selon vous.

- 9.** Quand avez-vous commencé à éprouver les troubles liés à cette lésion ou maladie?

- 10.** Si vous n'en avez pas informé votre employeur immédiatement, veuillez expliquer pourquoi.

- 11.** Si des personnes ont été témoins de votre accident ou si vous avez mentionné vos troubles ou douleurs à votre superviseur ou à un compagnon de travail, veuillez indiquer leur nom et leur poste.

	Nom	Poste
1.		
2.		

- 12.** La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que l'employeur vous remette une copie du formulaire 7 - Avis de lésion ou de maladie (employeur).

Avez-vous reçu une copie du formulaire 7? oui non

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du présent formulaire (Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.

D. Soins de santé

Donnez votre numéro de dossier de la CSPAAT à votre professionnel de la santé.

- 1.** Avez-vous obtenu les premiers soins au travail? oui non Si **oui**, quand? jj mm aa Et de qui (nom) :

- 2.** Où avez-vous obtenu des soins pour votre lésion hors du travail? **(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)**

	Établissement ou hôpital (nom et adresse)	Date (jj/mm/aa)		Date (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Poste de soins infirmiers			<input type="checkbox"/> Ambulance	
<input type="checkbox"/> Service des urgences			<input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation			<input type="checkbox"/> Clinique	

- 3.** Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance? oui non

- 4.** Vous a-t-on orienté vers d'autres tests ou traitements? oui non

- 5.** Avez-vous consulté votre professionnel de la santé au sujet d'un retour au travail régulier ou d'un travail modifié? oui non

- Si **oui**, vous a-t-il recommandé des restrictions relatives au travail? oui non

- 6.** Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux? oui non

Si non, veuillez l'en aviser dès que possible.

jj mm aa Nom
Si **oui**, quand? Et à qui? Poste

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

E. Interruption de travail et retour au travail

1. Après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie :

- J'ai repris mon **emploi régulier** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.
- J'ai accompli des **tâches modifiées** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.
- J'ai **interrompu mon travail ou subi une perte de gains** (salaire régulier, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.).

→ Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains

jj	mm	aa
----	----	----

2. Si vous avez interrompu votre travail, êtes-vous retourné travailler? oui non

Si **oui**, indiquez la date de votre retour au travail

jj	mm	aa
----	----	----

travail régulier travail modifié

Si **non**, avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? oui non

Votre employeur a-t-il un emploi modifié à vous offrir? oui non

F. Gains (n'ajoutez pas les heures supplémentaires)

1. Taux salarial : _____ \$ par heure semaine autre : _____

2. Nombre habituel d'heures rémunérées : _____ par semaine autre : _____

3. Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident/la maladie, votre employeur a-t-il continué de vous payer? oui non

4. Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations depuis votre interruption de travail? (par ex., assurance-emploi, indemnités de maladie, prestations d'aide sociale, d'assurance, etc.). oui non

5. Au moment de l'accident/de la maladie, travailliez-vous pour plus d'un employeur? oui non

G. Déclarations et signature

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire de la CSPAAT.

Commets une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

J'affirme que tous les renseignements inscrits aux pages 1, 2 et 3 du présent formulaire sont véridiques.

Signature	Date (jj/mm/aa)
-----------	-----------------

Si vous avez moins de 16 ans, votre parent ou tuteur doit signer son nom ci-dessous pour autoriser la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles.

Signature	Lien de parenté	Date (jj/mm/aa)	Téléphone
-----------	-----------------	-----------------	-----------

Des renseignements personnels vous concernant seront recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Ces renseignements seront utilisés pour administrer la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, votre dossier et les programmes de la CSPAAT. Les renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins et d'autres personnes ou organismes au besoin. Le numéro d'assurance sociale utilisé pour enregistrer les demandes de prestations sert à identifier les travailleurs et à émettre les relevés d'impôt sur le revenu, conformément à la Loi de l'impôt sur le revenu. Ces renseignements ne peuvent être divulgués qu'à l'employeur, à des établissements médicaux ou de réadaptation professionnelle ainsi qu'à des organismes de sécurité, des fournisseurs de services et de paiement externes, des chercheurs et autres en vertu de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail et de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers, c'est-à-dire des chercheurs qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou sans frais au 1-800-387-5540.

Vous trouverez une DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE plus détaillée à l'intention des travailleurs sur le site www.wsib.on.ca ou en composant sans frais le 1-800-387-5540.

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

K. Renseignements supplémentaires	