

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Nom du travailleur	Date de la lésion ou de l'accident initial	Lésion
Employeur au moment de l'accident	Si les renseignements sont inexacts, fournissez les changements ici	

1. Cochez l'énoncé qui décrit le mieux votre état actuel s'est rétabli(e) s'améliore aucun changement se détériore	Décrivez tout détail ou changement concernant votre état.	
--	---	--

2. Qui est le principal professionnel de la santé qui dirige votre traitement actuel? Nom	Dernière consultation (jj/mm/aa)	Prochaine consultation (jj/mm/aa)
--	----------------------------------	-----------------------------------

3. Précisez toute orientation vers un professionnel de la santé ou pour des épreuves que vous n'avez pas déclarée à la CSPAAT : aucune orientation épreuves (p. ex., laboratoire, radiographie, tomographie, IRM, etc.) spécialiste autre (précisez)	Nom de l'établissement		Date du rendez-vous (jj/mm/aa)
--	------------------------	--	--------------------------------

4. Prenez-vous présentement des médicaments ou utilisez-vous des appareils et accessoires fonctionnels ou orthèses en raison de cette lésion? Si oui , énumérez-les.	Oui	Non
--	-----	-----

5. Avez-vous travaillé pour un employeur ou à votre compte depuis le début de l'interruption de travail? Si oui, précisez (dates, nom et adresse de l'employeur ou de l'entreprise)	Oui	Non
--	-----	-----

6. Cochez l'énoncé qui décrit le mieux votre situation actuelle. Pour cette demande de prestations, je n'ai pas interrompu le travail ou perdu des gains (répondez seulement à la question 7) j' ai interrompu mon travail ou perdu des gains et je suis retourné(e) au travail (répondez seulement aux questions 7 et 8) j' ai interrompu mon travail et je ne suis pas retourné(e) au travail (répondez seulement aux questions 9 à 12).

7. Êtes-vous retourné(e) au travail et fait un/des	a) travail régulier	OU	travail modifié	8. Date de votre retour au travail (jj/mm/aa)
	b) salaire régulier	OU	salaire inférieur	
	c) heures régulières	OU	heures réduites	

9. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre professionnel de la santé? Si oui , date de la dernière discussion (jj/mm/aa)	Oui Non	10. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? Si oui , date de la dernière discussion (jj/mm/aa)	Oui Non
A-t-il déterminé vos restrictions ou capacités fonctionnelles?	Oui Non	Nom de la personne à qui vous avez parlé	

11. Vous a-t-on offert un travail quelconque? Si oui , précisez.	Oui	Non
--	-----	-----

12. Y a-t-il d'autres facteurs qui vous empêchent de retourner au travail? Si oui , précisez.	Oui	Non
---	-----	-----

Commencez une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Je déclare que tous les renseignements fournis sur cette page sont véridiques.

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

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.