

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

Nom du travailleur		Travaillez-vous toujours pour le même employeur qu'au moment de la lésion initiale? Oui Non	
Date de la lésion ou de l'accident initial	Date de la récidence ou nouvelle lésion	Si non , indiquez le nom et l'adresse du nouvel employeur.	
Lésion		Pouvons-nous communiquer avec votre nouvel employeur? Oui Non	Téléphone

1. a) Estimez-vous que vos troubles actuels résultent de votre lésion initiale? Oui Non b) Décrivez pourquoi votre état était plus grave du _____ au _____. Indiquez tout détail ou changement qui s'est produit.	
2. Du _____ au _____, avez-vous reçu un traitement médical pour votre lésion professionnelle? Oui Non Si oui , qui avez-vous consulté et combien de fois?	
3. Indiquez le nom de tout médicament ou appareil et accessoire fonctionnel/orthèse que vous avez utilisé du _____ au _____ pour vos troubles persistants reliés à votre lésion professionnelle.	
4. Du _____ au _____, le travail que vous faites a-t-il changé? Oui Non Si oui , décrivez ces changements.	
5. Du _____ au _____, avez-vous déclaré un trouble persistant à quelqu'un au travail ou en avez-vous discuté avec quelqu'un? Oui Non Si oui , fournissez les noms et titres.	
6. Du _____ au _____, vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison de votre lésion professionnelle? Oui Non Si oui , à quelles dates?	
7. Cochez l'un des énoncés suivants. En raison de cette récidence : <input type="checkbox"/> je suis retourné(e) à un emploi régulier et n'ai pas interrompu mon travail ni perdu de gains (répondez seulement à la question 8). <input type="checkbox"/> j'ai accompli un travail modifié et n'ai pas interrompu mon travail ni perdu de gains (répondez seulement aux questions 8 et 9). <input type="checkbox"/> j' ai interrompu mon travail ou perdu des gains (répondez seulement aux questions 10 à 12). Date de la première interruption de travail ou de perte de gains pour cette récidence (jj/mm/aa)	
8. Êtes-vous retourné(e) au travail et fait un/des a) travail régulier OU travail modifié b) salaire régulier OU salaire inférieur c) heures régulières OU heures réduites	9. Date de votre retour au travail (jj/mm/aa)
10. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre professionnel de la santé? Oui Non Si oui , date de la dernière discussion (jj/mm/aa) A-t-il déterminé vos restrictions ou capacités fonctionnelles? Oui Non	11. Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? Oui Non Si oui , date de la dernière discussion (jj/mm/aa) Nom de la personne à qui vous avez parlé
12. A-t-on prévu une date de retour au travail? Oui Non	Si oui, quelle est cette date? (jj/mm/aa)

Commet 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. 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 WSIB.

Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à téléverser)	Date (jj/mm/aa)
---	-----------------

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