

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

Personne requérante		Numéro de dossier	Date de la lésion ou maladie
Nom de l'entreprise	Lésion		Date de la récurrence ou nouvelle lésion

1. a) Décrivez à quelle cause la personne requérante attribue la récurrence.

b) Date de la déclaration (jj/mmm/aaaa)

2. a) La personne requérante a-t-elle reçu des soins de santé pour cette récurrence? Oui Non

Si oui, quand? (jj/mmm/aaaa)

b) Quand l'entreprise a-t-elle appris que la personne requérante avait reçu des soins de santé? (jj/mmm/aaaa)

c) Où la personne requérante a-t-elle été traitée pour cette récurrence?

Soins sur place Service des urgences Spécialiste de la santé

Clinique Autre

Nom/emplacement de la personne spécialiste de la santé ou de l'établissement de soins

3. Connaissez-vous des facteurs ou d'autres problèmes, à part la lésion professionnelle initiale, qui auraient pu contribuer à la récurrence de la personne requérante? Oui Non

Si **oui**, fournissez des précisions **ou** soumettez un document. Soumission ci-jointe

4. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle accompli ses tâches de travail habituelles? Oui Non

Si **non**, décrivez les tâches accomplies.

5. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle déclaré à quelqu'un au travail tout problème persistant lié à ce trouble ou en a-t-elle discuté? Oui Non

Si **oui**, fournissez les noms et titres.

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

<p>6. Du _____ au _____, la personne requérante a-t-elle obtenu des soins médicaux pour ce trouble? Oui Non Inconnu</p> <p>Si oui, de qui?</p> <p>Personne chiropraticienne Physiothérapeute Hôpital Médecin</p> <p>Personne infirmière (catégorie avancée) Autre (précisez)</p>									
<p>7. Entre le _____ et le _____, la personne requérante s'est-elle absentée du travail en raison de ce trouble? Oui Non</p> <p>Si oui, précisez les dates.</p>									
<p>8. Cochez l'un des énoncés suivants. En raison de cette récurrence ou de cette nouvelle lésion, la personne requérante :</p> <p><input type="checkbox"/> est retournée à son travail habituel et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains.</p> <p><input type="checkbox"/> est retournée à un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains.</p> <p><input type="checkbox"/> a interrompu son travail et/ou perdu des gains.</p> <p>↳ Date de la première interruption de travail et/ou perte de gains de la personne requérante (jj/mmm/aaaa)</p> <p> Date du retour au travail de la personne requérante (si cette date est connue) (jj/mmm/aaaa)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Travail habituel <input type="checkbox"/> Travail modifié </p>									
<p>9. Les renseignements sur l'interruption de travail/l'absence d'interruption de travail/le travail modifié sont confirmés par : Moi Autre</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nom</td> <td style="width: 20%;">Téléphone</td> <td style="width: 20%;">Poste</td> </tr> </table>		Nom	Téléphone	Poste					
Nom	Téléphone	Poste							
<p>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 sont véridiques.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nom de la personne ayant rempli ce rapport</td> <td style="width: 30%;">Titre officiel</td> <td style="width: 20%;">Téléphone</td> <td style="width: 20%;">Poste</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Signature</td> <td>Date (jj/mmm/aaaa)</td> </tr> </table> <p>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.</p>		Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel	Téléphone	Poste	Signature			Date (jj/mmm/aaaa)
Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel	Téléphone	Poste						
Signature			Date (jj/mmm/aaaa)						