

Comment remplir le formulaire

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle causée par des mouvements répétitifs à votre travail.

Ce formulaire comporte des questions précises et pertinentes à l'analyse de votre réclamation pour maladie professionnelle. Il doit être expédié au bureau de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en même temps que le formulaire *Réclamation du travailleur* à moins que vous ne nous l'ayez déjà fait parvenir.

Votre numéro d'assurance maladie doit absolument apparaître sur ce formulaire. Si vous avez besoin d'aide pour le remplir, veuillez communiquer avec la CNESST au 1 844 838-0808.

En ce qui concerne l'historique d'emploi :

- inscrire les noms et adresses de tous les employeurs où vous présumez avoir contracté votre maladie, en commençant par l'employeur actuel ou le plus récent ;
- si l'espace est insuffisant, utiliser un feuillet séparé ou remplir un autre formulaire.

Il est très important que vous nous transmettiez toute l'information pertinente à l'étude de votre demande; utilisez la section *Commentaires* ou annexez un autre document au besoin. Nous vous suggérons de conserver une photocopie de ce formulaire.

Protection des renseignements personnels

Conformément à l'article 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la CNESST vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur ce formulaire, de même que ceux qui s'ajouteront à votre dossier par la suite, seront traités de façon confidentielle et ne seront consultés que par les personnes désignées dans la déclaration de fichiers de renseignements personnels que vous pouvez consulter à la Commission d'accès à l'information. Certains renseignements peuvent toutefois être communiqués ou obtenus sans votre consentement, conformément aux dispositions d'exception prévues dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, ou encore dans le cadre d'ententes entre organismes conclues conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Les renseignements demandés sont nécessaires au traitement de votre demande. Toute personne qui refuse de les fournir pourrait voir sa demande refusée.

La CNESST vous informe également que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* prévoit, aux articles 83, 85 et 89 à 93, des droits d'accès et de rectification. Pour obtenir votre dossier, veuillez vous adresser au bureau de la CNESST. Au besoin, vous pouvez adresser une demande au Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels de la CNESST.

La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

N° de dossier du
travailleur

N° d'assurance maladie

Date de l'événement

A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)

Prénom

B. Historique d'emploi

Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)

De		À		Emploi ou titre de la fonction
----	---	---	---	--------------------------------

Nom de l'employeur (raison sociale)

Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur

N°

Rue

Bureau

Ville

Province

Pays

Code
postal

Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigent d'effectuer des mouvements à répétition. Quels sont les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).

Dans les mouvements que vous devez faire à répétition, indiquez quelles articulations sont sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agit du côté gauche ou droit.

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ces conditions ?

Décrivez les outils ou instruments que vous utilisez.

Nombre d'heures d'utilisation
par jour

Pendant combien de temps dans une journée
normale de travail devez-vous exécuter
des mouvements à répétition ?

Combien de fois par minute
faites-vous ces mouvements ?

Nombre d'heures
par jour

Nombre de jours
par semaine

Nombre de semaines
par année

Avez-vous des
temps de repos ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien
de fois par jour ?

Durée totale par jour

Devez-vous forcer en exécutant ces
mouvements ? ☐ Oui ☐ Non

Décrivez la position que vous prenez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).

Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de
vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui,
d'après vous, auraient favorisé le développement de
votre maladie ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles et depuis quand ?

Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous exposé à des vibrations ?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous exposé au froid ?

☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur																			
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)																			
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau			
Ville						Province				Pays				Code postal					
Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).																			
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.																			
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?																			
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.															Nombre d'heures d'utilisation par jour				
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?										Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?				Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année	
Aviez-vous des temps de repos ? ☐ Oui ☐ Non										Si oui, combien de fois par jour ?				Durée totale par jour				Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? ☐ Oui ☐ Non	
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).																			
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ?										☐ Oui ☐ Non		Si oui, lesquelles et depuis quand ?							
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non																			
Étiez-vous exposé à des vibrations ? ☐ Oui ☐ Non										Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non									

Emploi antérieur																		
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction
Nom de l'employeur (raison sociale)																		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau		
Ville						Province				Pays				Code postal				
Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).																		
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.																		
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?																		
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.															Nombre d'heures d'utilisation par jour			
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?								Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?				Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année		
Aviez-vous des temps de repos ? ☐ Oui ☐ Non								Si oui, combien de fois par jour ?				Durée totale par jour		Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? ☐ Oui ☐ Non				
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).																		
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? ☐ Oui ☐ Non															Si oui, lesquelles et depuis quand ?			
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non																		
Étiez-vous exposé à des vibrations ? ☐ Oui ☐ Non										Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non								

Emploi antérieur																		
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction
Nom de l'employeur (raison sociale)																		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau		
Ville						Province				Pays				Code postal				
Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).																		
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.																		
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?																		
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.															Nombre d'heures d'utilisation par jour			
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?								Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?				Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année		
Aviez-vous des temps de repos ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien de fois par jour ?								Durée totale par jour				Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? ☐ Oui ☐ Non						
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).																		
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ?															☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles et depuis quand ?			
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non																		
Étiez-vous exposé à des vibrations ? ☐ Oui ☐ Non										Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non								

Emploi antérieur																		
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction
Nom de l'employeur (raison sociale)																		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau		
Ville						Province				Pays				Code postal				
Décrivez vos tâches en précisant celles qui exigeaient d'effectuer des mouvements à répétition. Quels étaient les mouvements exécutés ? (annexez un dessin au besoin).																		
Dans les mouvements que vous deviez faire à répétition, indiquez quelles articulations étaient sollicitées (épaule, coude, poignet, genou, etc.) en précisant s'il s'agissait du côté gauche ou droit.																		
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?																		
Décrivez les outils ou instruments que vous utilisiez.															Nombre d'heures d'utilisation par jour			
Pendant combien de temps dans une journée normale de travail deviez-vous exécuter des mouvements à répétition ?								Combien de fois par minute faisiez-vous ces mouvements ?				Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année		
Aviez-vous des temps de repos ? ☐ Oui ☐ Non								Si oui, combien de fois par jour ?				Durée totale par jour				Deviez-vous forcer en exécutant ces mouvements ? ☐ Oui ☐ Non		
Décrivez la position que vous preniez le plus souvent pour exécuter votre travail (annexez un dessin au besoin).																		
Y a-t-il eu des modifications dans l'exécution de vos tâches ou dans l'organisation de votre travail qui, d'après vous, auraient favorisé le développement de votre maladie ? ☐ Oui ☐ Non															Si oui, lesquelles et depuis quand ?			
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non																		
Étiez-vous exposé à des vibrations ? ☐ Oui ☐ Non										Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non								

C. Information relative à votre maladie professionnelle

Avez-vous déjà consulté relativement aux problèmes de santé pour lesquels vous faites une réclamation ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez nous donner les noms et adresses des professionnels de la santé consultés et/ou des établissements de santé où vous avez subi des examens.

1	Nom				Spécialité			
	Adresse	N°	Rue	Bureau		Examens subis		Date
	Ville	Province	Pays	Code postal				A A A A M M J J
2	Nom				Spécialité			
	Adresse	N°	Rue	Bureau		Examens subis		Date
	Ville	Province	Pays	Code postal				A A A A M M J J
3	Nom				Spécialité			
	Adresse	N°	Rue	Bureau		Examens subis		Date
	Ville	Province	Pays	Code postal				A A A A M M J J
4	Nom				Spécialité			
	Adresse	N°	Rue	Bureau		Examens subis		Date
	Ville	Province	Pays	Code postal				A A A A M M J J
5	Nom				Spécialité			
	Adresse	N°	Rue	Bureau		Examens subis		Date
	Ville	Province	Pays	Code postal				A A A A M M J J

N.B. : Si vous manquez d'espace, complétez l'information en utilisant la section E. Commentaires.

D. Information complémentaire

Est-il survenu un fait accidentel susceptible d'avoir causé votre lésion ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, décrivez-le.

Êtes-vous ?

☐ Droitier ☐ Gaucher

Avez-vous déjà fait une réclamation à la CNESST pour le même problème de santé ?

☐ Oui ☐ Non Si oui, quand ?

E. Commentaires

Veuillez fournir toute autre information que vous jugerez pertinente à l'étude de votre demande et qui pourrait être en rapport avec votre maladie professionnelle.

F. Signature

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets

Signature du travailleur

Date

A A A A

M M

J J