

1 • Identification du travailleur

Nom à la naissance				Numéro d'assurance maladie			
Prénom				Numéro d'assurance sociale			
Adresse Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang		Appartement		Année Mois Jour Heure Min.	
Ville, localité		Province, pays		Code postal		Année Mois Jour	
Numéro de téléphone (rés.)		Numéro de téléphone (autre)		Sexe		Date de naissance	
()		()		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Année Mois Jour	
Cochez si vous êtes :				<input type="checkbox"/> bénévole		<input type="checkbox"/> propriétaire, associé, dirigeant, membre du conseil d'administration, travailleur autonome ou domestique	

2 • Identification de l'employeur

Nom (raison sociale) de l'employeur				Espace réservé à la CSST		Numéro de dossier d'expérience	
Adresse Numéro		Boulevard, avenue, rue, rang		Bureau		Nom de la personne à joindre	
Ville, localité		Province, pays		Code postal		Numéro de téléphone	
()						()	

3 • Lieu de l'événement

Au Québec → Poste de travail Ailleurs dans l'établissement (stationnement, cafétéria, etc.) À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.)
 Hors du Québec, indiquez la province ou le pays si hors du Canada. _____

4 • Description de l'événement

Décrivez les circonstances de la lésion professionnelle.

Profession ou métier exercé lors de l'accident _____

5 • Arrêt de travail

Arrêt de travail Oui Non Date du dernier jour travaillé Année Mois Jour
Retour au travail Oui Non Date du retour Année Mois Jour Même emploi Autre emploi (assignation temporaire, travail léger, retour progressif, etc.)

6 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement de l'indemnité de remplacement du revenu

Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe à charge <input type="checkbox"/> Avec conjoint ou conjointe non à charge <input type="checkbox"/> Famille monoparentale		Nombre de personne(s) mineure(s) à charge <input type="text"/> Nombre de personne(s) majeure(s) à charge (incluant le conjoint) <input type="text"/>	Revenu annuel brut _____ \$ Expliquez : _____ Autre emploi Occupez-vous plus d'un emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Votre lésion vous empêche-t-elle d'occuper vos autres emplois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre employeur continue à vous payer après les 14 premiers jours d'incapacité de travailler ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

7 • Réclamation pour orthèse ou prothèse endommagée par le fait du travail

J'atteste que ces frais ne sont pas remboursés par un régime d'assurance de l'entreprise.

Signature de l'employeur _____ Année Mois Jour

32034 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance

Date de naissance Année Mois Jour Sexe Date d'expiration Année Mois

Int. Nom du médecin Numéro Groupe

Diagnostic de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires (nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés).

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Attestation médicale

Initiale ou Complémentaire

Consolidation

Si la période de consolidation est de 14 jours ou moins, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion professionnelle, inscrire la date prévisible de consolidation:

A / M

Si la période de consolidation est de plus de 14 jours, indiquer si elle est:

1 De 60 jours ou moins
2 Plus de 60 jours

Date de l'événement A M J Date de la visite A M J

Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire

Remettre copie 2 au professionnel de la santé (médecin ou l'ombudsman) Commission 1034 (90-10)

20495 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance

Date de naissance Année Mois Jour Sexe Date d'expiration Année Mois

Int. Nom du médecin Numéro Groupe

Diagnostic et évolution de la pathologie et des traitements.

Cochez si concerne: 1 Victime d'acte criminel 2 Sauveteur actif de criminel

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Rapport médical

1 Sommaire de prise en charge
2 D'évolution

Consolidation

Indiquer si la période prévisible de consolidation à compter de la présente visite est:

1 De 60 jours ou moins
2 Plus de 60 jours

La travailleuse est-elle en attente 1 Physiothérapie 2 Ergothérapie 3 Hospitalisation

Date de référence A M J

Nom de l'établissement où est dirigé le travailleur

Avez-vous référé le travailleur à un autre médecin? Oui Non

Nom du médecin Date de référence A M J

Séquelles permanentes à prévoir 1 Oui 2 Non

Date de l'événement A M J Date de la visite A M J

Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire

05025 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance

Date de naissance Année Mois Jour Sexe Date d'expiration Année Mois

Int. Nom du médecin Numéro Groupe

Diagnostic final de la lésion professionnelle

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Rapport final

Consolidation Inscrivez la date A M J

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et limitations fonctionnelles

① La lésion professionnelle entraîne-t-elle une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique? 1 2

② La lésion professionnelle entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles? 1 2

Si oui, ces limitations ont-elles aggravé des limitations fonctionnelles antérieures? 1 2

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions ① ou ②, compléter ③

③ Produirez-vous le rapport d'évaluation en conformité avec le barème des dommages corporels? 1 2

Si non, avez-vous référé le travailleur à un autre médecin? 1 2

Nom du médecin

Date de l'événement A M J Date de la visite A M J

Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire

DEMANDE DE RÉVISION ADMINISTRATIVE

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)

N° dossier CSST : _____

Date de l'événement : _____

Nom : _____

N° assurance sociale : _____

Adresse : _____

Nom de l'employeur : _____

Madame,
Monsieur,

Par la présente, je demande la révision de la décision rendue le _____. Sans restreindre mes droits futurs, les principaux motifs de cette demande de révision sont les suivants :

D'autre part, je désigne pour me représenter dans cette cause :

Nom de la personne :

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Courrier électronique :

J'autorise (nom de la personne désignée) à prendre connaissance de tous les documents relatifs à mon accident de travail ou à ma maladie professionnelle, y compris les rapports médicaux, et à me représenter dans toutes les procédures nécessaires pour que j'obtienne pleine compensation ainsi que tous les avantages pouvant s'y rattacher. Une copie complète de mon dossier ainsi que toute correspondance future qui pourrait y être versée devront être acheminées à (nom de la personne désignée).

Signature de la personne accidentée

Date



Commission des
lésions professionnelles

CONTESTATION

(JOINDRE LA DÉCISION CONTESTÉE)

IDENTIFICATION DE LA DÉCISION CONTESTÉE

Date de la décision	Année	Mois	Jour	N° du dossier CSST
	_____	_____	_____	_____
N° du dossier de révision administrative				_____

MOTIFS DE LA CONTESTATION

Expliquez les **RAISONS** pour lesquelles vous êtes **EN DÉSACCORD** avec la décision contestée :

Si vous contestez une **DÉCISION MÉDICALE**, indiquez si ou les sujets sur lesquels vous êtes **EN DÉSACCORD** avec le Bureau d'évaluation médicale :

Diagnostic Consolidation Traitements Affection permanente Limitations fonctionnelles

IDENTIFICATION DE LA PARTIE QUI CONTESTE

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	Nom de la personne ou de l'entreprise	
		Prénoms	N° d'assurance sociale
		_____	_____
N° de la ville		Code postal	
_____		_____	
Adresse		_____	
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (travail)
_____	_____	_____	_____
		Ind. rég.	Téléfax
		_____	_____

IDENTIFICATION DE L'AUTRE PARTIE

Nom		Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Téléfax
_____		_____	_____	_____	_____
Adresse (P.C., incl. ville)		Code postal			
_____		_____			

RENSEIGNEMENTS POUR L'AUDIENCE

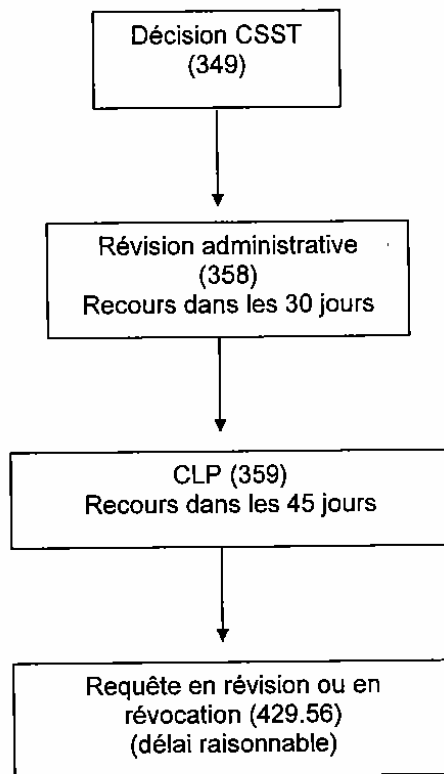
Nom de votre représentant d'AV et à quel		Ind. rég.	Téléphone	Ind. rég.	Téléfax
_____		_____	_____	_____	_____
Adresse (P.C., incl. ville)		Code postal			
_____		_____			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	→ J'aimerais tenter un RÈGLEMENT À L'AMIABLE par la CONCILIATION ¹ (explications au verso).			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	→ Veuillez rendre une DÉCISION SUR DOSSIER ² (explications au verso).			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	→ Je ferai entendre un ou des TÉMOINS à l'audience. Si oui, inscrire leur(s) nom(s) ci-après :			
TÉMOINS					
Nom et profession			Nom et profession		
1. _____			2. _____		
3. _____			4. _____		

NOTE : Si vous utilisez le télécopieur pour nous transmettre ce formulaire et la décision contestée, il n'est pas nécessaire de nous envoyer les originaux.

Signature de la partie qui conteste	Date
X _____	Année
	Mois
	Jour

BESOIN D'AIDE ?

Voir au verso →



COMPÉTENCE DE LA CLP

