

N° de dossier

Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.

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. Décrivez tout détail ou changement concernant votre état.

s'est rétabli(e) s'améliore
 aucun changement se détériore

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 déclarées à la CSPAAT :

aucune orientation épreuves (p. ex., laboratoire, radiographie, tomographie, 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? oui non
Si **oui**, énumérez-les.

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

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
 b) salaire régulier **OU** salaire inférieur
 c) heures régulières **OU** heures réduites

8. Date de votre retour au travail _____ jj mm aa

9. 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

10. 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 _____

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

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

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.

Signature	Date jj/mm/aa
-----------	---------------