



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. Vous devez également envoyer l'autorisation de communication de renseignements pour Retraite Québec dûment signée et, si cela s'applique à votre situation, celle pour la Commission de la construction du Québec.

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.

Autorisation d'obtenir des renseignements relatifs aux emplois occupés

Au cours du traitement de votre réclamation, des renseignements relatifs aux emplois que vous avez occupés peuvent être nécessaires à des fins d'admissibilité et pour imputer le coût des prestations aux employeurs pour lesquels vous avez exercé un travail de nature à engendrer une maladie professionnelle.

La CNESST demande votre autorisation afin d'obtenir ces renseignements auprès de Retraite Québec et de la Commission de la construction du Québec.

Vous pouvez donner votre autorisation en complétant les autorisations de communication de renseignements ci-jointes.

Il est très important que vous nous transmettiez toute l'information pertinente à l'étude de votre demande; utilisez la section *Commentaires* ou annexe 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. À moins d'une révocation écrite, les consentements demeurent valides jusqu'à la fin du traitement de la réclamation.

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. Vous pouvez également consulter la politique de confidentialité de la CNESST, disponible sur le site Internet 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 (numéro civique, 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
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		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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 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		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
Si oui, lesquelles et depuis quand ?				Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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 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		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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 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		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
Si oui, lesquelles et depuis quand ?				Étiez-vous exposé au froid ? ☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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 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	Date de la consultation
	Adresse	Numéro	Rue	Bureau	Examens subis	
	Ville	Province	Pays	Code postal		
2	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse	Numéro	Rue	Bureau	Examens subis	
	Ville	Province	Pays	Code postal		
3	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse	Numéro	Rue	Bureau	Examens subis	
	Ville	Province	Pays	Code postal		
4	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse	Numéro	Rue	Bureau	Examens subis	
	Ville	Province	Pays	Code postal		
5	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse	Numéro	Rue	Bureau	Examens subis	
	Ville	Province	Pays	Code postal		

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 fournis sont véridiques. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.

Signature du travailleur

Date

Madame,
Monsieur,

Par la présente, j'autorise Retraite Québec à transmettre à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) les renseignements suivants, qui figurent au registre des cotisants :

1. La liste des employeurs (raison sociale et numéro d'entreprise du Québec) pour qui j'ai travaillé.
2. Les années où j'ai travaillé pour chacun de ces employeurs.

Ces renseignements concernent la réclamation pour la lésion professionnelle que j'ai présentée à la CNESST.

Ces renseignements sont nécessaires à la CNESST pour l'analyse de ma réclamation ou pour l'imputation du coût des prestations aux employeurs pour qui j'ai exercé un travail de nature à engendrer ma maladie professionnelle.

Nom, prénom	
Date de naissance	N° d'assurance sociale

Signature

Date

Madame,
Monsieur,

Par la présente, j'autorise la Commission de la construction du Québec à transmettre à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) les renseignements figurant dans mon dossier « Historique des heures travaillées dans l'industrie de la construction ».

Ces renseignements concernent la réclamation pour la lésion professionnelle que j'ai présentée à la CNESST.

Ces renseignements sont nécessaires à la CNESST pour l'analyse de ma réclamation ou pour l'imputation du coût des prestations aux employeurs pour qui j'ai exercé un travail de nature à engendrer ma maladie professionnelle.

Nom, prénom	
Date de naissance	Numéro de client - CCQ

Signature

Date