



AVIS DE L'EMPLOYEUR ET DEMANDE DE REMBOURSEMENT
ACCIDENT DU TRAVAIL
MALADIE PROFESSIONNELLE
Santé et sécurité du travail

Dans le texte suivant, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

L'employeur doit utiliser ce formulaire pour :

- aviser la CNESST qu'un travailleur qui a subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou une récurrence, rechute ou aggravation sera incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée durant laquelle s'est produit l'accident ou s'est manifestée la maladie;
- demander à la CNESST le remboursement d'indemnités versées au travailleur pour les jours où il a été absent de son travail.

L'employeur doit poster ce formulaire dans les deux jours suivant :

- la date du retour au travail du travailleur, si celui-ci revient au travail dans les 14 jours complets suivant le début de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle; ou
- les 14 jours complets suivant le début de l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle, si le travailleur n'est pas revenu au travail à la fin de cette période.

L'employeur doit transmettre à la CNESST l'attestation médicale qui lui a été fournie par le travailleur.

Le présent document comporte deux sections :

1. Comment remplir le formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**
2. Formulaire **Avis de l'employeur et demande de remboursement.**

3- Renseignements et description de l'événement

Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Voir verso	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise. <input type="checkbox"/> Voir verso	Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Voir verso	Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
--	--	---	---	---	--	--

Description de l'événement selon la version du travailleur

Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.

Exemples

Accident :

Le travailleur est un boucher. En dépeçant une pièce de bœuf, il s'est coupé profondément à la main gauche avec un couteau.

Récidive, rechute ou aggravation :

Il y a deux mois, le travailleur a eu un accident du travail qui a entraîné une entorse du genou et un arrêt de travail de deux semaines. Depuis son retour au travail, il dit avoir de plus en plus de douleur. Ce matin, il a consulté son médecin qui lui a donné un autre arrêt de travail.

Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	Année Mois Jour
---	-----------------

Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso)

Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Année Mois Jour	Attestation médicale électronique	R M
---	-----------------	---	-----------------	-----------------------------------	-----

Description de l'événement selon la version du travailleur

Indiquez comment s'est produite la lésion et décrivez les activités exercées au moment de l'événement, par exemple : les opérations effectuées, les équipements utilisés, les mouvements et gestes exécutés, etc. Dans les cas de récidive, rechute ou aggravation, décrivez les circonstances entourant la réapparition de la lésion.

Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie

Elle correspond à la journée de travail au cours de laquelle le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion (jour de l'abandon). L'employeur est tenu de payer au travailleur 100 % de son salaire net perdu pour cette journée. Cette somme n'est pas remboursée par la CNESST.

Attestation médicale électronique

Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro débute par RM, vous n'avez qu'à inscrire ce numéro ici. Il n'est pas nécessaire de transmettre cette attestation à la CNESST.

Lorsque le travailleur vous a fourni une attestation médicale dont le numéro ne débute pas par RM, vous devez faire parvenir l'attestation médicale à la CNESST.

Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?

L'employeur peut désigner un professionnel de la santé à qui la CNESST communiquera le dossier médical du travailleur concernant sa lésion.

4- Renseignements sur le retour au travail

Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle	Type de retour	<input type="checkbox"/> Même emploi	<input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail	<input type="checkbox"/> Autre
Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Prévue	<input type="checkbox"/> Indéterminée	L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Assignation temporaire d'un travail

Permet à l'employeur d'affecter le travailleur à des tâches sécuritaires et productives en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi. L'accord du professionnel de la santé qui a charge du travailleur est requis.

5- Renseignements nécessaires au calcul des indemnités

Salaire annuel brut	Nature du contrat de travail	Mode de rémunération
Contrat de travail (Information obligatoire) <input type="checkbox"/> \$ Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail <input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre

Contrat de travail (cette case doit toujours être complétée)

Il s'agit du salaire brut qui serait versé pour une prestation normale de travail durant une année. Ex. : 15 \$ /heure X 40 heures X 52.14 semaines = 31 284 \$

Dans le cas du travailleur sur appel, vous devez indiquer le revenu brut d'un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable chez son employeur, en tenant compte notamment de l'expérience, des qualifications professionnelles et de l'ancienneté. Si c'est impossible, indiquez 0 et complétez la case Gagné au cours des 12 derniers mois.

Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail

Le salaire brut que le travailleur a gagné à votre service au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail y compris toutes formes de rémunération telles que bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.

6- Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)

Nombre de jours payables <input type="text"/>	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable) <input type="text"/> \$	Retenues à la source faites habituellement par l'employeur <input type="text"/>	= Salaire net X 90 % =	Remboursement réclamé <input type="text"/> \$
<input type="checkbox"/> Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.		→	<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>

Nombre de jours payables

La période des 14 premiers jours équivaut aux 14 jours civils complets suivant le jour de l'incapacité à effectuer son travail. Les jours payables correspondent aux jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé n'eût été sa lésion professionnelle; ils incluent les jours fériés.

Salaire brut perdu

Le salaire brut du travailleur est le salaire de son contrat de travail et comprend toutes les formes de rémunération qui étaient prévues (bonis, primes, heures supplémentaires, pourboires, etc.). En 2022, le salaire maximum assurable brut est de 3 375, 53 \$ pour la période des 14 premiers jours.

Retenues à la source faites habituellement par l'employeur

Seules les retenues relatives à l'impôt fédéral, à l'impôt provincial, à l'assurance emploi, au régime de rentes et au régime québécois d'assurance parentale sont considérées aux fins de la détermination du salaire net. Elles sont calculées selon la situation familiale du travailleur déclarée à l'employeur.

Exemple 1

Le 4 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler le jour même. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 40 heures du lundi au vendredi, soit 5 jours de 8 heures. Il revient au travail le 13 novembre.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 4 novembre
- Jour de l'abandon : 4 novembre
- 14 premiers jours : 5 au 18 novembre
- Jour de retour au travail : 13 novembre
- Jours payables : 5, 6, 7, 8, 11 et 12 novembre

Exemple 2

Le 5 novembre, un travailleur se blesse et cesse de travailler 2 jours plus tard, soit le 7 novembre. Son contrat de travail est le suivant : il travaille 32 heures du mardi au vendredi, soit 4 jours de 8 heures.

DIM	LUN	MAR	MER	JEU	VEN	SAM
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

- Jour de l'événement : 5 novembre
- Jour de l'abandon : 7 novembre
- 14 premiers jours : 8 au 21 novembre
- Jours payables : 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20 et 21 novembre

Remboursement réclamé

L'indemnité est versée au travailleur à la période de paie s'il a fourni à l'employeur une attestation médicale justifiant son incapacité de travailler. Pour être remboursé, l'employeur ou son représentant doit signer le formulaire et le transmettre à la CNESST accompagné de l'attestation médicale du travailleur.

La CNESST vous offre le virement automatique. Ce service permet de faire déposer dans votre compte bancaire les remboursements des indemnités de remplacement du revenu que vous avez versées au travailleur accidenté.

Avisez par téléphone la CNESST lorsque l'événement a entraîné des dommages matériels de plus de 185 418 \$.

Faire parvenir le document rempli à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail :

En ligne

cnesst.gouv.qc.ca

Par la poste

CNESST, C. P. 2026, Succ Terminus
Québec (Québec) G1K 0H9

Par télécopieur

1 855 722-8081

Pour rejoindre la CNESST, un seul numéro

1 844 838-0808

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

1• Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)	N° d'assurance sociale
Ville	Date de l'événement d'origine
Province, pays	Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Code postal	Date de naissance
Téléphone	Téléphone (autre)
Poste	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise
Année	Mois
OU	
Date d'embauche	
Année	
Mois	
2• Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur (raison sociale)	Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
	N° de dossier d'expérience
M U T	
EXP	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur	
N°, Rue, Bureau	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ville, Province, Pays	Code postal
<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	
ETA	
Nom de la personne à joindre	Téléphone
Poste	Télécopieur
3• Renseignements et description de l'événement	
Lieu de l'événement	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?
<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Voir verso
Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès.	
Année	
Mois	
Jour	
Description de l'événement selon la version du travailleur	
Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.	
Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>	
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie
Année	Mois
Jour	Année
Mois	Jour
Attestation médicale électronique	
R M	
4• Renseignements sur le retour au travail	
Date de retour au travail	Type de retour
Année	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre
Mois	
Jour	
<input type="checkbox"/> Prévus <input type="checkbox"/> Indéterminés	
L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités	
Salaire annuel brut	Nature du contrat de travail
Contrat de travail (information obligatoire)	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier
Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail	Mode de rémunération
\$	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre
\$	
6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)	
Nombre de jours payables	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)
	\$
Retenues à la source faites habituellement par l'employeur	
= Salaire net X 90 % =	
\$	
Remboursement réclamé	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.	
<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	
Année	
Mois	
Jour	
Conformément à l'article 269 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :	
Année	
Mois	
Jour	
Signature de l'employeur ou de son représentant	
Année	
Mois	
Jour	

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CNESST sur le formulaire **Réclamation du travailleur**, le plus tôt possible mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

1• Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)	N° d'assurance sociale
Ville	Date de l'événement d'origine
Province, pays	Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Code postal	Date de naissance
Téléphone	Téléphone (autre)
Poste	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise
Année	Mois
OU	
Date d'embauche	
Année	
Mois	
2• Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur (raison sociale)	Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
	N° de dossier d'expérience
M U T	
EXP	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur	
N°, Rue, Bureau	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ville, Province, Pays	Code postal
<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	
N° de l'établissement	
ETA	
Nom de la personne à joindre	Téléphone
Poste	Télécopieur
3• Renseignements et description de l'événement	
Lieu de l'événement	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?
<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Voir verso
Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès.	
Année	
Mois	
Jour	
Description de l'événement selon la version du travailleur	
Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.	
Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>	
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie
Année	Mois
Jour	Année
Mois	Jour
Attestation médicale électronique	
R M	
4• Renseignements sur le retour au travail	
Date de retour au travail	Type de retour
Année	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre
Mois	<input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée
Jour	L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités	
Salaire annuel brut	Nature du contrat de travail
Contrat de travail (information obligatoire)	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier
Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail	Mode de rémunération
\$	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre
\$	
6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)	
Nombre de jours payables	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)
	\$
Retenues à la source faites habituellement par l'employeur = Salaire net X 90 % =	
\$	
Remboursement réclamé	
\$	
Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.	
<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	
Année	
Mois	
Jour	
Conformément à l'article 269 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :	
Année	
Mois	
Jour	
Signature de l'employeur ou de son représentant	
Année	
Mois	
Jour	

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CNESST sur le formulaire **Réclamation du travailleur**, le plus tôt possible mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

1• Renseignements sur le travailleur	
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie
Prénom	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile (N°, Rue, App.)	N° d'assurance sociale
Ville	Date de l'événement d'origine
Province, pays	Date de la récurrence, rechute ou aggravation
Code postal	Date de naissance
Téléphone	Téléphone (autre)
Poste	Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise
Année	Mois
OU	
Date d'embauche	
Année	
Mois	
2• Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur (raison sociale)	Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro
	N° de dossier d'expérience
M U T	
EXP	
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur	
N°, Rue, Bureau	Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement
Ville, Province, Pays	Code postal
<input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	
ETA	
Nom de la personne à joindre	Téléphone
Poste	Télécopieur
3• Renseignements et description de l'événement	
Lieu de l'événement	Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?
<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Voir verso
Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Avez-vous désigné un professionnel de la santé ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Voir verso	
Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès.	
Année	
Mois	
Jour	
Description de l'événement selon la version du travailleur	
Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.	
Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>	
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie
Année	Mois
Jour	Année
Mois	Mois
Jour	Jour
Attestation médicale électronique	
R M	
4• Renseignements sur le retour au travail	
Date de retour au travail	Type de retour
Année	<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre
Mois	
Jour	
<input type="checkbox"/> Prévüe <input type="checkbox"/> Indéterminée	
L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités	
Salaire annuel brut	Nature du contrat de travail
Contrat de travail (information obligatoire)	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Saisonnier
Gagné au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail si plus élevé que le contrat de travail	Mode de rémunération
\$	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre
\$	
6• Calcul et remboursement pour les 14 premiers jours (voir instructions)	
Nombre de jours payables	Salaire brut total perdu (jusqu'à concurrence du maximum assurable)
	\$
Retenues à la source faites habituellement par l'employeur = Salaire net X 90 % =	
\$	
Remboursement réclamé	
Année	
Mois	
Jour	
Cochez si vous continuez de payer le travailleur après la période des 14 premiers jours.	
<input type="checkbox"/> Jusqu'au retour au travail <input type="checkbox"/> ou jusqu'au	
Année	
Mois	
Jour	
Conformément à l'article 269 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une copie du présent formulaire a été remise au travailleur ou à son représentant le :	
Année	
Mois	
Jour	
Signature de l'employeur ou de son représentant	
Année	
Mois	
Jour	

Identification du ou des témoins

Nom	Nom
Nom	Nom

Identification de la personne étrangère à votre entreprise qui a provoqué l'événement

Nom	Téléphone	Poste
Adresse		
Code postal		

Identification du professionnel de la santé désigné par l'employeur

Nom	N° du professionnel de la santé	Télécopieur
Adresse		
	Téléphone	Poste
Code postal		

Version de l'employeur ou tout autre commentaire

Note : Le travailleur qui a subi un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou son représentant, doit produire sa réclamation à la CNESST sur le formulaire **Réclamation du travailleur**, le plus tôt possible mais au plus tard dans les six mois, dans le cas où :

- il est absent de son travail pendant plus de 14 jours;
- il subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique;
- il demande le remboursement de frais d'assistance médicale.

Le bénéficiaire ou le représentant d'un travailleur décédé à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut également produire la **Réclamation du travailleur** au plus tard dans les six mois à la suite du décès.

Espace réservé
à l'employeur

N° de dossier
du travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)			
Prénom			
		Date de l'événement d'origine	AAAA MM JJ
		Date de la récurrence, rechute ou aggravation	AAAA MM JJ
		Cochez si le travailleur est : <input type="checkbox"/> Propriétaire, associé ou administrateur <input type="checkbox"/> Travailleur autonome	
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Ancienneté dans votre entreprise	Année Mois	OU Date d'embauche Année Mois
2• Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur (raison sociale)		Si vous êtes membre d'une mutuelle de prévention, inscrivez son numéro	N° de dossier d'expérience
		M U T	EXP
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		Nombre de travailleurs à votre service dans cet établissement <input type="checkbox"/> 20 ou moins <input type="checkbox"/> plus de 20	N° de l'établissement
N°, Rue, Bureau	Code postal		ETA
Ville, Province, Pays		Poste	Télécopieur
Nom de la personne à joindre	Téléphone		
3• Renseignements et description de l'événement			
Lieu de l'événement		Y a-t-il eu des témoins de l'événement ?	Cochez si l'événement a été provoqué entièrement ou partiellement par une personne étrangère à votre entreprise.
<input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> À l'extérieur du lieu de travail (sur la route, chez un client, etc.) <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'établissement (cafétéria, vestiaire, stationnement, etc.) <input type="checkbox"/> Hors du Québec <input type="checkbox"/> Chantier (précisez l'adresse dans la description de l'événement)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso	<input type="checkbox"/> Voir verso
			Avez-vous désigné un professionnel de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Voir verso
			Si l'événement a entraîné le décès, inscrivez la date du décès. Année Mois Jour
Description de l'événement selon la version du travailleur			
Décrivez les activités exercées au moment de l'événement et les circonstances entourant l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Décrivez la lésion subie.			
Signature du travailleur ou de son représentant (facultative)		Année Mois Jour	
Cochez si la version de l'employeur est différente. (Pour tout commentaire, écrivez au verso) <input type="checkbox"/>			
Date à laquelle le travailleur vous a déclaré l'événement	Année Mois Jour	Date du dernier jour travaillé en tout ou en partie	Année Mois Jour
4• Renseignements sur le retour au travail			
Date de retour au travail	<input type="checkbox"/> Réelle	Type de retour	<input type="checkbox"/> Même emploi <input type="checkbox"/> Assignation temporaire d'un travail <input type="checkbox"/> Autre (retour progressif, travail léger, etc.)
Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Prévüe	<input type="checkbox"/> Indéterminée	L'assignation temporaire d'un travail a-t-elle été offerte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5• Renseignements nécessaires au calcul des indemnités			
		Nature du contrat de travail	Mode de rémunération
		<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre
À remplir par le(s) représentant(s) à la prévention			
Date de l'enquête	Date de la transmission des recommandations	Nombre de jours d'hospitalisation	Nombre de travailleur(s) blessé(s) lors de l'événement
Année Mois Jour	Année Mois Jour		
		Cochez si au moment de l'événement le travailleur n'exécutait pas son travail habituel	Nombre d'années et de mois d'expérience du travailleur dans son métier ou sa profession
		<input type="checkbox"/>	Année(s) Mois
1. Décrivez les activité(s) du travailleur lors de l'événement.			

2. Décrivez la nature des premiers secours ou des premiers soins et inscrivez le nom du secouriste

3. Décrivez les mesures correctives apportées

Schéma de l'être humain Cochez 1) Nature de la blessure 2) Parties du corps touchées

Description des blessures
Cochez les cases appropriées.

- Endroit douloureux
- Entorse, foulure, luxation
- Fracture
- Plaie superficielle**, égratignure, éraflure, piqûre, écharde, pénétration de corps étranger
- Plaie profonde**, coupure, lacération, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais **peau intacte**
- Déchirure musculaire, elongation tendineuse
- Amputation, perte d'un œil, d'ongles ou de dents
- Électrocution
- Brûlure, gelure, radiation (*flash*)
- Arthrite, bursite, tendinite
- Évanouissement spontané sans choc physique
- Évanouissement après choc physique, commotion cérébrale
- Intoxication, empoisonnement ou infection générale
- Asphyxie, noyade, strangulation
- Maladie de la peau, allergies
- Bris de prothèse
- Lésion interne
- Autres blessures (hernie, maladie contagieuse, surdité, etc.) précisez

Tête

--	--	--	--	--

 Cuir chevelu Crâne

--	--	--	--	--

 G= Gauche D= Droite

Nuque	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Visage	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	
Nez	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Œil	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Bouche Machoires Dents	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Oreille	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Gorge	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Épaule	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Poitrine Thorax	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Bras	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Muscle Dos	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Coude	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Côte	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Avant-bras	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Hanches Bassin	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Poignet	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D						
G																									
D																									
G																									
D																									
Siège	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Main	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D						
G																									
D																									
G																									
D																									
Aine	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Pouce	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D						
G																									
D																									
G																									
D																									
Abdomen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Doigts	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Nbre</td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					Nbre	D										
G					Nbre																				
D																									
Organes génétaux	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Cuisse	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D											
G																									
D																									
Jambe	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Genou	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D						
G																									
D																									
G																									
D																									
Cheville	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Plante du pied	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D						
G																									
D																									
G																									
D																									
Pied	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					D					Orteils	<table border="1"><tr><td>G</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>Nbre</td></tr><tr><td>D</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	G					Nbre	D					
G																									
D																									
G					Nbre																				
D																									

Colonne vertébrale
(Indiquez l'endroit de la lésion par un x)

