

Ce document est réalisé par la Direction des services médicaux, en collaboration avec la Direction des communications et des relations publiques.

Préresse et impression :

Service courrier, arts graphiques et impressions

Direction des ressources matérielles – CSST

Reproduction autorisée avec mention de la source.

© Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN 978-2-550-68009-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-68010-9 (PDF)



Imprimé sur du papier recyclé :

Couverture : X %

Pages intérieures : X %

Octobre 2014

Pour obtenir les informations les plus à jour,
consultez notre site Web au www.csst.qc.ca/medecins

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 3 |
| Lexique | 4 |
| Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles | 6 |
| Section 1 | 11 |
| Formulaires à remplir par le médecin qui a charge du travailleur | |
| Attestation médicale | 12 |
| Rapport médical..... | 15 |
| Rapport final | 18 |
| Rapport de suivi d'une lésion musculosquelettique (autre que lombalgie) | 21 |
| Avis motivé du médecin qui a charge..... | 24 |
| Rapport d'évaluation médicale | 27 |
| Section 2 | 41 |
| Formulaires à remplir par la CSST, par le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou par l'employeur afin d'obtenir des renseignements du médecin qui a charge du travailleur | |
| Information médicale complémentaire écrite..... | 42 |
| Rapport complémentaire | 44 |
| Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite..... | 46 |
| Assignation temporaire d'un travail | 48 |
| Demande de renseignements..... | 50 |

INTRODUCTION

Ce guide a été conçu pour aider le médecin qui a charge d'un travailleur ayant subi une lésion professionnelle à inscrire, sur les formulaires prescrits par la CSST, l'information médicale nécessaire au traitement efficace du dossier de ce travailleur.

Afin que la CSST ait une meilleure compréhension de la lésion professionnelle et de ses conséquences possibles pour le travailleur, l'information médicale transmise doit être complète et appropriée. Les divers rapports médicaux doivent permettre de situer la lésion, de suivre son évolution et de prévoir sa consolidation et ses séquelles.

Les médecins sont invités à se familiariser avec le contenu de ce guide pour éviter toute erreur ou omission dans l'utilisation des divers formulaires médicaux. Une information incomplète ou manquante risque de retarder inutilement le traitement du dossier du travailleur. Le cas échéant, la CSST demandera au médecin de fournir l'information requise sur le formulaire sans rémunération supplémentaire.

En complément du présent guide, les médecins qui souhaitent obtenir de l'assistance pour remplir un formulaire de la CSST peuvent composer le 1 866 520-1503 ou visiter le www.csst.qc.ca/medecins.

LEXIQUE

ACCIDENT DU TRAVAIL

Un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.

ATTEINTE PERMANENTE

Dompage physique ou psychique qui affecte le travailleur et qui doit vraisemblablement durer toujours.

BILATÉRALITÉ

Lorsqu'un travailleur subit, en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des dommages bilatéraux résultant de déficits anatomophysiologique (DAP) à des organes symétriques, ou des dommages bilatéraux résultant d'un déficit anatomophysiologique à un organe symétrique à celui qui est déjà atteint, un pourcentage additionnel est déterminé. Ce pourcentage correspond à la somme des pourcentages de déficits anatomophysiologique fixés pour l'organe le moins atteint.

Ce principe ne s'applique pas aux pourcentages prévus pour le préjudice esthétique (PE) ou pour les douleurs et la perte de jouissance de la vie (DPJV).

Dans le cas d'une lésion préexistante à celle qui est évaluée, les séquelles de la lésion préexistante sont évaluées suivant le barème des dommages corporels adopté par règlement, mais seulement aux fins du calcul des dommages bilatéraux.

CONSOLIDATION

La guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible.

DATE DE L'ÉVÉNEMENT

Cette date correspond à celle de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, la date de l'événement correspond à la date de la consultation médicale où la maladie a été diagnostiquée.

Dans le cas d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation, il s'agit de la date où celle-ci s'est manifestée.

LÉSION PROFESSIONNELLE

Une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation.

LIMITATION FONCTIONNELLE QUI RÉSULTE DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Toute réduction ou restriction (résultant d'une lésion professionnelle) de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou de subir certains effets. Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité du travailleur d'exécuter certains mouvements, de prendre certaines positions, de garder certaines postures ou de subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables. Une limitation fonctionnelle peut être totale ou partielle et est permanente.

MALADIE PROFESSIONNELLE

Maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou liée directement aux risques particuliers de ce travail.

MÉDECIN QUI A CHARGE

Médecin choisi par le travailleur et qui est responsable de poser un diagnostic à la suite de la lésion professionnelle, d'administrer et de prescrire les soins ou les traitements que requiert l'état du travailleur, de statuer sur la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion, ainsi que sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles.

MÉDECIN DÉSIGNÉ DE LA CSST

Médecin choisi par la CSST pour procéder à l'examen d'un travailleur afin d'obtenir un rapport écrit sur toute question relative à la lésion professionnelle.

RÉADAPTATION

Ensemble des moyens et des mesures mis en œuvre par la CSST en vue d'atténuer les séquelles permanentes à la suite d'une lésion professionnelle.

Les programmes prévus par la loi sont la réadaptation physique, la réadaptation sociale et la réadaptation professionnelle.

SÉQUELLE PERMANENTE

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique d'un travailleur ou limitation fonctionnelle permanente.

TRAVAILLEUR OU TRAVAILLEUSE OU TOUTE AUTRE PERSONNE CONSIDÉRÉE COMME UN TRAVAILLEUR AU SENS DE LA LOI

Personne physique qui exécute un travail pour un employeur, moyennant rémunération, en vertu d'un contrat de louage de services personnels ou d'apprentissage.

LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

ATTESTATION MÉDICALE

ARTICLE 199

Le médecin qui, le premier, prend charge d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle doit remettre sans délai à celui-ci, sur le formulaire prescrit par la CSST, une attestation comportant le diagnostic et :

1. s'il prévoit que la lésion professionnelle du travailleur sera consolidée dans les 14 jours complets suivant la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, la date prévisible de consolidation de cette lésion ; ou
2. s'il prévoit que la lésion professionnelle du travailleur sera consolidée plus de 14 jours complets après la date où il est devenu incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, la période prévisible de consolidation de cette lésion.

Cependant, si le travailleur n'est pas en mesure de choisir le médecin qui, le premier, en prend charge, il peut, aussitôt qu'il est en mesure de le faire, choisir un autre médecin qui en aura charge et qui doit alors, à la demande du travailleur, lui remettre l'attestation prévue par le premier alinéa.

RAPPORT MÉDICAL « SOMMAIRE »

ARTICLE 200

Dans le cas prévu par le paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 199, le médecin qui a charge du travailleur doit de plus expédier à la CSST, dans les six jours de son premier examen, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport sommaire comportant notamment :

1. la date de l'accident du travail ;
2. le diagnostic principal et les renseignements complémentaires pertinents ;
3. la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle ;
4. le fait que le travailleur est en attente de traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie ou en attente d'hospitalisation ou le fait qu'il reçoit de tels traitements ou qu'il est hospitalisé ;
5. dans la mesure où il peut se prononcer à cet égard, la possibilité que des séquelles permanentes subsistent.

Il en est de même pour tout médecin qui en aura charge subséquentement.

RAPPORT MÉDICAL « D'ÉVOLUTION »

ARTICLE 201

Si l'évolution de la pathologie du travailleur modifie de façon significative la nature ou la durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés, le médecin qui a charge du travailleur en informe la CSST immédiatement, sur le formulaire que cette dernière prescrit à cette fin.

INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE

ARTICLE 202

Dans les dix jours de la réception d'une demande de la CSST à cet effet, le médecin qui a charge du travailleur doit fournir à la CSST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport qui comporte les précisions qu'elle requiert sur un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1° à 5° du premier alinéa de l'article 212.

RAPPORT FINAL

ARTICLE 203

Dans le cas du paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 199, si le travailleur a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique, et dans le cas du paragraphe 2° du premier alinéa de cet article, le médecin qui a charge du travailleur expédie à la CSST, dès que la lésion professionnelle de celui-ci est consolidée, un rapport final, sur un formulaire qu'elle prescrit à cette fin. Ce rapport indique notamment la date de consolidation de la lésion et, le cas échéant :

1. le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur d'après le barème des dommages corporels adopté par règlement ;
2. la description des limitations fonctionnelles du travailleur résultant de sa lésion ;
3. l'aggravation des limitations fonctionnelles antérieures à celles qui résultent de la lésion.

Le médecin qui a charge du travailleur l'informe sans délai du contenu de son rapport.

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

ARTICLE 205.1

Si le rapport du professionnel de la santé désigné aux fins de l'application de l'article 204 infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de l'article 212, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception de ce rapport, fournir à la CSST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. Le médecin qui a charge du travailleur informe celui-ci, sans délai, du contenu de son rapport.

La CSST peut soumettre ces rapports, y compris, le cas échéant, le rapport complémentaire au Bureau d'évaluation médicale prévu à l'article 216.

ARTICLE 212.1

Si le rapport du professionnel de la santé obtenu en vertu de l'article 212 infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de cet article, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de la réception de ce rapport, fournir à la CSST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. Le médecin qui a charge du travailleur informe celui-ci, sans délai, du contenu de son rapport.

La CSST soumet ces rapports, y compris, le cas échéant, le rapport complémentaire au Bureau d'évaluation médicale prévu à l'article 216.

ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

ARTICLE 179

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

- 1.** le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
- 2.** ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
- 3.** ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

Si le travailleur n'est pas d'accord avec le médecin, il peut se prévaloir de la procédure prévue par les articles 37 à 37.3 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1), mais dans ce cas, il n'est pas tenu de faire le travail que lui assigne son employeur tant que le rapport du médecin n'est pas confirmé par une décision finale.

Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec le médecin-conseil du bureau régional de la CSST de votre localité.

SECTION 1

Formulaires à remplir par le médecin qui a charge du travailleur

| NUMÉRO | TITRE |
|------------|---|
| 1936 | Attestation médicale |
| 1937..... | Rapport médical |
| 1938 | Rapport final |
| 2816..... | Rapport de suivi d'une lésion musculosquelettique (autre que lombalgie) |
| 2450..... | Avis motivé du médecin qui a charge |
| 2064 | Rapport d'évaluation médicale |

ATTESTATION MÉDICALE

(formulaire 1936, cf. LATMP, art. 199, p. 6 du guide)

| | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|--|--|
| <p>N° d'assurance maladie</p> | | <p>CSST</p> | | <p>ATTESTATION MÉDICALE</p> | |
| <p>Prénom et nom à la naissance</p> | | <p>Date de l'événement d'origine</p> | | <p>Code RAMQ 09926</p> | |
| <p>Date de naissance</p> | | <p>Date de récidive, rechute ou aggravation</p> | | <p>Date de la visite</p> | |
| <p>Année Mois Jour Sexe</p> | | <p>Année Mois Jour</p> | | <p>Année Mois Jour</p> | |
| <p>Année Mois</p> | | <p>Année Mois</p> | | <p>Année Mois</p> | |
| <p>Init. Nom du médecin</p> | | <p>Numéro</p> | | <p>Groupe</p> | |
| <p>Init.</p> | | <p>Numéro</p> | | <p>Groupe</p> | |
| <p>Espace réservé à la CSST</p> | | | | | |
| <p>N° de dossier CSST du travailleur</p> | | | | | |
| <p>Diagnostic(s) précis de la lésion professionnelle et renseignements complémentaires (nature et durée des soins ou des traitements prescrits ou administrés)</p> | | | | | |
| <p>SIÈGE(S) DE LA LÉSION (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)</p> | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Crâne</p> | | <p><input type="checkbox"/> Cervical</p> | | <p><input type="checkbox"/> Thorax</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Oreilles</p> | | <p><input type="checkbox"/> Dorsal</p> | | <p><input type="checkbox"/> Bassin</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Visage</p> | | <p><input type="checkbox"/> Lombaire</p> | | <p><input type="checkbox"/> Abdomen</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Yeux</p> | | <p><input type="checkbox"/> Sacré</p> | | <p><input type="checkbox"/> Autres (précisez)</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Dents</p> | | <p>_____</p> | | | |
| <p>Membre supérieur</p> | | | <p>Membre inférieur</p> | | |
| <p>Gauche Droite</p> | | <p>Gauche Droite</p> | | <p>Gauche Droite</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Doigts <input type="checkbox"/></p> | | <p><input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/></p> | | <p></p> | | <p><input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/></p> | | <p></p> | | <p><input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/></p> | | <p></p> | | <p><input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/></p> | |
| <p><input type="checkbox"/></p> | | <p></p> | | <p><input type="checkbox"/> Orteils <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Période prévisible de consolidation À compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'exercer son emploi.</p> | | | | <p>Lieu de la visite Nom de la clinique ou de l'établissement de santé</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> 14 jours ou moins</p> | | | | <p>Adresse</p> | |
| <p>Date prévisible de consolidation</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>ou</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> plus de 14 jours</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Durée prévisible à compter de la présente visite</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Nombre de semaines</p> | | | | <p>Téléphone</p> | |
| <p>_____</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Reverrez-vous le travailleur ?</p> | | | | <p>Télécopieur</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Si oui, date prévue</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>_____</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Signature du médecin</p> | | | | <p>Cochez si médecin non participant à la RAMQ <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Date</p> | | | | <p>Cochez s'il y a lieu <input type="checkbox"/> Victime d'un acte criminel <input type="checkbox"/> Sauveteur (acte de civisme)</p> | |
| <p>_____</p> | | | | <p>_____</p> | |
| <p>Le sigle CSST désigne la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.</p> | | | | | |
| <p>1936 (2013-05) Copie 1 : CSST Copie 2 : Travailleur Copie 3 : Employeur Copie 4 : Médecin</p> | | | | | |

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance du travailleur.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

MÉDECIN PARTICIPANT (inscrit à la RAMQ)

Inscrire les renseignements apparaissant sur votre imprimante.

MÉDECIN NON PARTICIPANT (non inscrit à la RAMQ)

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

3. DIAGNOSTIC DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Décrire la nature de la blessure ou de la maladie. Être le plus précis possible lorsque vous indiquez le diagnostic. Lorsqu'un diagnostic est incertain, vous devez l'indiquer. Toujours inscrire les traitements prescrits et la durée prévue.

Exemple : Tendinite du sus-épineux probable de l'épaule gauche

4. SIÈGES DE LA LÉSION (COCHEZ TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT)

Cocher le ou les sièges de la lésion professionnelle. S'il y a plus d'un siège de lésion, cocher tous les éléments qui s'appliquent. S'il s'agit d'une lésion à un membre, indiquer le côté : droit ou gauche.

5. PÉRIODE PRÉVISIBLE DE CONSOLIDATION

Si vous prévoyez que la période de consolidation de la lésion sera de moins de 14 jours, cocher « 14 jours ou moins » et inscrire la date de consolidation prévue.

Si vous prévoyez que la période de consolidation sera de plus de 14 jours, cocher « plus de 14 jours » et inscrire la durée prévisible de consolidation de la lésion (en semaines) à compter de la date de votre examen.

6. REVERREZ-VOUS LE TRAVAILLEUR ?

Inscrire si vous reverrez le travailleur ou non et, si oui, inscrire la date du prochain rendez-vous.

7. SIGNATURE DU MÉDECIN

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

8. DATE DE L'ÉVÉNEMENT D'ORIGINE

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale à laquelle la maladie a été diagnostiquée.

9. DATE DE RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

10. DATE DE LA VISITE

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné le travailleur.

11. LIEU DE LA VISITE

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné le travailleur. Inscrire aussi l'adresse de la clinique, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur.

12. COCHER LA CASE APPROPRIÉE SI LE PATIENT EST UNE VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL OU UN SAUVETEUR (ACTE DE CIVISME).

RAPPORT MÉDICAL

(formulaire 1937, cf. LATMP, art. 200 et 201, p. 6 et 7 du guide)

N° d'assurance maladie

1. Nom et nom à la naissance

2. Date de naissance (Année, Mois, Jour) Sexe (Année, Mois, Date d'expiration)

3. Diagnostic(s) précis et renseignements complémentaires

4. Examen(s) prescrit(s) depuis la dernière visite

5. Traitement(s) prescrit(s) ou en cours depuis la dernière visite

6. Reverrez-vous le travailleur ?

7. Référence à un autre médecin

8. Signature du médecin

CSST **RAPPORT MÉDICAL**

9. Sommaire de prise en charge Code RAMQ 09927

10. D'évolution Code RAMQ 09928

11. Date de l'événement d'origine

12. Date de récurrence, rechute ou aggravation

13. Date de la visite

Espace réservé à la CSST

N° de dossier CSST du travailleur

14. Période prévisible de consolidation

15. Évolution de la lésion professionnelle

16. Précisez par des commentaires additionnels

17. Séquelles permanentes à prévoir

18. Lieu de la visite

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé

Adresse

Téléphone

Télécopieur

Cochez si médecin non participant à la RAMQ

Cochez s'il y a lieu

Victime d'un acte criminel

Sauveteur (acte de civisme)

Le sigle CSST désigne la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

1937 (2013-11) Copie 1 : CSST Copie 2 : Travailleur Copie 3 : Employeur Copie 4 : Médecin

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance du travailleur.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

MÉDECIN PARTICIPANT (inscrit à la RAMQ)

Inscrire les renseignements apparaissant sur votre imprimante.

MÉDECIN NON PARTICIPANT (non inscrit à la RAMQ)

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

3. DIAGNOSTIC(S) ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Inscrire le diagnostic de la lésion professionnelle. Il doit être le plus précis possible. S'il y a plus d'un diagnostic, vous devez tous les inscrire. Décrire l'évolution de la blessure ou de la maladie professionnelle. Un symptôme n'est pas un diagnostic.

4. EXAMEN(S) PRESCRIT(S) DEPUIS LA DERNIÈRE VISITE

Inscrire les examens prescrits depuis la dernière visite médicale.

5. TRAITEMENT(S) PRESCRIT(S) OU EN COURS DEPUIS LA DERNIÈRE VISITE

Préciser les traitements en cours depuis la dernière visite médicale. Cocher, selon le cas, la case appropriée : « Physiothérapie », « Ergothérapie » ou « Autre(s) ». Si vous cochez « Autre(s) », préciser quel est le traitement.

Indiquer si une chirurgie est prévue et, le cas échéant, la date à laquelle la demande a été faite. Indiquer le type d'intervention prévu et l'établissement où la chirurgie sera effectuée.

6. REVERREZ-VOUS LE TRAVAILLEUR ?

Inscrire si « oui » ou « non » vous reverrez le travailleur. Si oui, inscrire la date du prochain rendez-vous.

7. RÉFÉRENCE À UN AUTRE MÉDECIN

Inscrire si « oui » ou « non » vous avez dirigé le travailleur vers un autre médecin ainsi que la date de référence. Indiquer le nom du médecin auquel vous avez référé le travailleur.

Préciser si vous continuerez d'assurer le suivi médical du travailleur.

8. SIGNATURE DU MÉDECIN

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

9. NATURE DU PRÉSENT RAPPORT

Cocher une seule des deux cases.

Le **rapport médical sommaire de prise en charge** doit être rempli par le médecin qui a charge du travailleur dès l'instant où il prévoit que la lésion professionnelle sera consolidée plus de 14 jours après la date à laquelle le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion.

Le **rapport médical d'évolution** est rempli chaque fois que le médecin qui a charge du travailleur observe des changements significatifs dans la nature et la durée des soins ou des traitements donnés au travailleur.

10. DATE DE L'ÉVÉNEMENT D'ORIGINE

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale à laquelle la maladie a été diagnostiquée.

11. DATE DE RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

12. DATE DE LA VISITE

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné le travailleur.

13. PÉRIODE PRÉVISIBLE DE CONSOLIDATION

Indiquer la période prévisible de consolidation (en jours ou en semaines) à compter de la date de votre examen.

14. ÉVOLUTION DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Par rapport à la dernière visite médicale, préciser si la condition du travailleur s'est améliorée, est demeurée stable ou s'est détériorée.

15. SÉQUELLES PERMANENTES

Cocher la case appropriée selon que vous croyez que le travailleur aura ou non des séquelles permanentes sous forme d'atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique ou sous forme de limitations fonctionnelles. Indiquer si votre réponse est incertaine.

16. LIEU DE LA VISITE

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné le travailleur. Inscrire aussi l'adresse de la clinique, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur.

17. NON PARTICIPANT À LA RAMQ

Cocher cette case si vous êtes non participant à la RAMQ.

18. COCHER LA CASE APPROPRIÉE SI LE PATIENT EST UNE VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL OU UN SAUVETEUR (ACTE DE CIVISME).

RAPPORT FINAL

(formulaire 1938, cf. LATMP, art. 203, p. 7 du guide)

N° d'assurance maladie

Prénom et nom à la naissance

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

| Init. | Nom du médecin | Numéro | Groupe |
|-------|----------------|--------|--------|
|-------|----------------|--------|--------|

RAPPORT FINAL
Code RAMQ 09930

Date de l'événement d'origine

Date de récidence, rechute ou aggravation

Date de la visite

Espace réservé à la CSST

N° de dossier CSST du travailleur

3 Diagnostic(s) final(s) de la lésion professionnelle

4 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 ? Oui Non

2. La lésion professionnelle entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles ? Oui Non

Si oui, ces limitations ont-elles aggravé des limitations fonctionnelles antérieures ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions 1 ou 2, veuillez remplir le rapport d'évaluation médicale (Code RAMQ 09944) en conformité avec le barème des dommages corporels.

3. Si vous reportez le rapport d'évaluation médicale

Date prévue de l'évaluation

Cochez si vous ne produisez pas le rapport d'évaluation médicale

Si vous ne produisez pas le rapport d'évaluation médicale, avez-vous référé le travailleur à un autre médecin ?

Oui Nom du médecin _____

Non

9 CONSOLIDATION (Inscrire la date)

Commentaires ou informations supplémentaires

J'atteste avoir informé sans délai le travailleur du contenu de ce rapport

5 Signature du médecin _____

Date

10 Lieu de la visite

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé

Adresse

Téléphone

Télécopieur

11 Cochez si médecin non participant à la RAMQ

12 Cochez s'il y a lieu Victime d'un acte criminel Sauveteur (acte de civisme)

Le sigle CSST désigne la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

1938 (2013-11)
Copie 1 : CSST
Copie 2 : Travailleur
Copie 3 : Employeur
Copie 4 : Médecin

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie (impression de la carte d'assurance maladie).

AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance du travailleur.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

MÉDECIN PARTICIPANT (inscrit à la RAMQ)

Inscrire les renseignements apparaissant sur votre imprimante.

MÉDECIN NON PARTICIPANT (non inscrit à la RAMQ)

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

3. DIAGNOSTIC(S) FINAL(S) DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Inscrire le ou les diagnostics acceptés par la CSST.

4. ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Indiquer si la lésion professionnelle entraîne :

- une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ;
- des limitations fonctionnelles et si celles-ci ont aggravé des limitations fonctionnelles antérieures.

Si vous répondez par l'affirmative à l'une de ces questions, vous devez sans délai faire parvenir à la CSST un rapport d'évaluation médicale.

Si vous ne pouvez produire le rapport d'évaluation médicale lors de la visite, vous devez indiquer la date prévue de l'évaluation.

Par contre, si vous répondez négativement aux deux questions, vous n'avez pas à produire de rapport d'évaluation médicale.

Si, pour une raison quelconque, cette évaluation ne peut être faite par le médecin qui signe le rapport final, ce dernier doit indiquer s'il a dirigé le travailleur vers un autre médecin pour cette évaluation et préciser le nom du médecin auquel il a référé le travailleur.

5. SIGNATURE DU MÉDECIN

Signer le rapport médical et inscrire la date de signature.

6. DATE DE L'ÉVÉNEMENT D'ORIGINE

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale à laquelle la maladie a été diagnostiquée.

7. DATE DE RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

8. DATE DE LA VISITE

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné le travailleur.

9. CONSOLIDATION

Inscrire obligatoirement la date de consolidation de la lésion.

10. LIEU DE LA VISITE

Inscrire le nom de la clinique où vous avez examiné le travailleur. Inscrire aussi l'adresse de la clinique, le numéro de téléphone et le numéro de télécopieur.

11. NON PARTICIPANT À LA RAMQ

Cocher cette case si vous êtes non participant à la RAMQ.

12. COCHER LA CASE APPROPRIÉE SI LE PATIENT EST UNE VICTIME D'UN ACTE CRIMINEL OU UN SAUVETEUR (ACTE DE CIVISME).

RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULOSQUELETTIQUE (AUTRE QUE LOMBALGIE)

Ce rapport a été conçu pour vous permettre de repérer plus rapidement les patients qui présentent des facteurs pouvant limiter ou compromettre leur retour au travail. Il pourra aussi vous aider à documenter l'évolution de la lésion de votre patient.

Vous devez rédiger ce rapport uniquement lorsque vous assurez le suivi de votre patient et que vous êtes en mesure de fournir l'ensemble des renseignements demandés. Il ne doit être rempli qu'une seule fois par lésion, et par le même médecin.

(formulaire 2816)

| | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|---|-------------------|--|------------------------------|
| | | NAM | |  | | RAPPORT DE SUIVI D'UNE LÉSION MUSCULOSQUELETTIQUE (AUTRE QUE LOMBALGIE) | |
| 1 | Prénom et nom à la naissance | | | | | | |
| | Date de naissance | Année | Mois | Jour | Sexe | Année | Mois |
| | | | | | Date d'expiration | | |
| 2 | Init. | Nom du médecin | | Numéro | Groupe | | |
| | | | | | | | |
| Ce formulaire doit être rempli par le médecin qui a charge | | | | | | | |
| À l'usage de la CSST | | | | | | | |
| | N° de dossier CSST du travailleur | | | | | | |
| | Date de l'événement d'origine | | A | A | A | M | M |
| | Date de récurrence, rechute ou aggravation | | A | A | A | M | M |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | A • Anamnèse | | | | | | |
| | 1. Maladie actuelle (description de l'événement ou des circonstances d'apparition de la lésion), caractéristiques de la douleur (siège, horaire, irradiation, etc.): | | | | | | |
| | 2. Antécédents et conditions en lien avec la lésion (au site, au pourtour et systémique): | | | | | | |
| | 3. Médication (avec et sans ordonnance): | | | | | | |
| 5 | B • Examen clinique détaillé au siège de la lésion | | | | | | |
| 6 | C • Diagnostic (le plus précis possible) | | | | | | |
| | | | | | | | Code du diagnostic |
| 7 | D • Investigation (examens paracliniques) | | | | | | |
| 8 | E • Plan de traitement (incluant référence en spécialité) | | | | | | |
| 9 | F • Pour favoriser le maintien du lien d'emploi de votre patient (voir au verso) | | | | | | |
| | a) CSST peut-elle commencer ses démarches pour rechercher une solution de retour à un emploi adapté, en attendant la consolidation de la lésion ? | | | | | | |
| | a) <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | Dans | | | semaine(s) | |
| | b) Quelles sont les contre-indications médicales à considérer ? | | | | | | |
| 10 | G • Identifier s'il existe des facteurs pouvant limiter ou compromettre le retour au travail | | | | | | |
| | Indiquer le numéro correspondant (voir au verso) | | | | | | |
| | A - Croyances et comportements | | | B - Facteurs psycho-sociaux | | | C - Facteurs liés au travail |
| | <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Autres facteurs | Précisez: | | | | |
| 11 | Date du prochain rendez-vous | | A | A | A | M | M |
| | Signature | | | | A | A | M |
| | | | | | J | J | |
| | | | | | Code d'acte | | 09955 |
| 2816 (2011-03) Copie blanche: CSST Copie jaune: Médecin | | | | | | | |

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

BÉNÉFICIAIRE DU QUÉBEC

Inscrire les renseignements figurant sur la carte d'assurance maladie.

AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Inscrire les nom, prénom, adresse et date de naissance du travailleur.

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU MÉDECIN

MÉDECIN PARTICIPANT (inscrit à la RAMQ)

Inscrire les renseignements apparaissant sur votre imprimante.

MÉDECIN NON PARTICIPANT (non inscrit à la RAMQ)

Inscrire vos nom et prénom, et votre numéro de pratique du Collège des médecins.

3. DATE DE L'ÉVÉNEMENT D'ORIGINE ET DATE DE RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale à laquelle la maladie a été diagnostiquée.

Dans le cas d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation, inscrire la date à laquelle celle-ci s'est manifestée.

4. ANAMNÈSE

Faire l'historique de la maladie actuelle, c'est-à-dire la description de l'événement ou des circonstances d'apparition de la lésion. Noter les caractéristiques de la douleur (siège, horaire, irradiation, etc.).

Inscrire les antécédents et les conditions en lien avec la lésion professionnelle.

Noter la médication prise par le travailleur en lien avec la lésion professionnelle, qu'elle soit prescrite ou non.

5. EXAMEN CLINIQUE DÉTAILLÉ AU SIÈGE DE LA LÉSION

Examen qui porte sur l'état actuel du travailleur. Cet examen doit être le plus complet possible au site de la lésion.

6. DIAGNOSTIC

Le diagnostic le plus précis possible doit être noté.

7. INVESTIGATION

Identification des examens paracliniques pertinents à la lésion professionnelle. Noter les résultats des investigations ou y joindre les rapports correspondants.

8. PLAN DE TRAITEMENT

Noter les traitements que vous recommandez en précisant la fréquence et la durée prévues.

Si vous dirigez le travailleur vers une spécialité, préciser la spécialité.

9. MAINTIEN DU LIEN D'EMPLOI DE VOTRE PATIENT

L'employé souffrant d'une lésion professionnelle bénéficie d'un droit de retour au travail chez le même employeur durant une période de un ou deux ans, selon la taille de l'entreprise. Dans le but de protéger ce droit et de façon à favoriser un prompt et durable retour au travail, la CSST peut intervenir auprès du médecin qui a charge du travailleur et auprès de l'employeur afin de trouver une solution de retour au travail. Cette solution peut comprendre une modification du poste de travail, des tâches ou de l'horaire ou un nouveau travail.

10. FACTEURS POUVANT LIMITER OU COMPROMETTRE LE RETOUR AU TRAVAIL

Inscrire dans la case A, B ou C le numéro correspondant au facteur identifié (voir verso du formulaire).

EXEMPLES DE FACTEURS POUVANT LIMITER LE RETOUR AU TRAVAIL

A - Croyances et comportements du patient face à la lésion :

1. Perception amplifiée de la gravité du problème (ex. : C'est terrible, je crains que ça ne s'améliore jamais.)
2. Comportement passif face à la douleur (ex. : repos prolongé, diminution marquée des activités de la vie quotidienne, absence de participation active aux traitements)
3. Crainte que la douleur soit dommageable et qu'elle signale l'existence d'un processus dangereux (ex. : J'ai peur d'aggraver ma condition si je fais de l'exercice.)
4. Perception d'une incapacité face aux différentes activités de la vie quotidienne et croyance que la douleur doit être disparue avant le retour au travail ou à des activités normales

B - Facteurs psychosociaux :

1. Dépression
2. Anxiété
3. Support inadéquat de l'entourage
4. Sentiment d'inutilité
5. Désintérêt pour les activités sociales

C - Facteurs liés au travail :

1. Perception que le travail est dommageable
2. Précarité de l'emploi
3. Insatisfaction au travail
4. Anticipation de difficultés pour le retour au travail
5. Milieu de travail difficile ou problématique

11. DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS

Inscrire la date à laquelle vous prévoyez revoir le travailleur.

AVIS MOTIVÉ DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Ce formulaire doit être rempli et signé par le médecin qui a charge du travailleur ou de la personne victime d'un acte criminel.

L'avis motivé concerne les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie donnés en clinique privée (et non pas dans un centre hospitalier). Il témoigne d'une volonté d'éviter que des travailleurs et des travailleuses ayant subi une lésion professionnelle et que des victimes d'acte criminel évoluent vers la chronicité, et ce, à la lumière des preuves scientifiques actuelles.

L'avis doit être rempli pour permettre à la CSST d'apprécier l'évolution de votre patient et de poursuivre les paiements si les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie doivent se prolonger au-delà de huit semaines ou de 30 traitements (selon la première éventualité).

Avant que le seuil de huit semaines ou de 30 traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie soit atteint, le travailleur doit revoir son médecin afin qu'il réévalue le plan de traitement et qu'il remplisse et signe le formulaire ***Avis motivé du médecin qui a charge***.

Il n'appartient pas à l'intervenant de la santé (physiothérapeute ou ergothérapeute) de remplir cet avis. Par contre, l'intervenant de la santé peut remettre au travailleur le formulaire vierge ***Avis motivé du médecin qui a charge*** accompagné de son rapport en vue de la visite médicale.

Le médecin doit faire parvenir sans délai l'avis motivé rempli et signé à l'intervenant de la santé par un moyen qui peut être convenu avec lui (télécopieur, courrier, transmission par le travailleur).

L'intervenant de la santé a la responsabilité de transmettre l'avis motivé rempli à la CSST.



AVIS MOTIVÉ DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Ce formulaire doit être rempli par le médecin qui a charge

1 - Renseignements sur l'identité du travailleur

| | |
|--------------------|--|
| Nom du travailleur | N° de dossier CSST du travailleur |
| Adresse | N° d'assurance maladie |
| | Date de l'événement |
| | Date de récurrence, rechute ou aggravation |

2 **3**

4 - 1 - Appréciation du bilan fonctionnel (À titre d'exemples : gains fonctionnels constatés, amélioration dans l'exécution des AVQ, plateau thérapeutique atteint, etc.):

5 - 2 - Recommandations du médecin qui a charge *Note: Il est important de remplir les deux sections (physiothérapie et ergothérapie) même si le travailleur ne reçoit pas ce type de traitements.*

A) Physiothérapie
Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre? Oui Non
Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires? Oui Non Date prévisible de début A A A A M M J J

B) Ergothérapie
Les traitements **sont commencés** : Est-il pertinent de les poursuivre? Oui Non
Les traitements **ne sont pas commencés** : Seront-ils nécessaires? Oui Non Date prévisible de début A A A A M M J J

C) Objectifs visés
(À titre d'exemples : gains fonctionnels prévisibles, traitements requis en vue d'une chirurgie planifiée, retour au travail prévu, etc.)

6 - 3 - Date prévue de la prochaine visite médicale A A A A M M J J

7

| | | | |
|--|--------------|-----------------|----------------------|
| Nom du médecin (en lettres majuscules) | N° de permis | N° de téléphone | N° de télécopieur |
| Signature | | A A A A M M J J | Code d'acte 09900 |

Copie blanche: **CSST** Copie vert: **Médecin** Copie jaune: **Service de physiothérapie** Copie rose: **Service d'ergothérapie** Copie or: **Travailleur**

2 4 5 0 (2011-08)

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ DU TRAVAILLEUR

Inscrire les nom, adresse et numéro d'assurance maladie du travailleur.

2. DATE DE L'ÉVÉNEMENT D'ORIGINE

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale lors de laquelle la maladie a été diagnostiquée.

3. DATE DE RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION

Inscrire la date à laquelle la récurrence, la rechute ou l'aggravation s'est manifestée.

4. APPRÉCIATION DU BILAN FONCTIONNEL

Inscrire les améliorations notées depuis le début des traitements en ce qui concerne la fonction. Par exemple : capacité à faire certains mouvements, à maintenir certaines postures ou à effectuer certaines tâches (tenir un objet, marcher, monter un escalier, etc.). Ne pas simplement décrire les symptômes résiduels (douleur, raideur, engourdissements, etc.).

5. RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Indiquer ici vos recommandations concernant les traitements de physiothérapie (section A) et d'ergothérapie (section B). Lorsque les traitements sont en cours, indiquer si vous jugez pertinent de les poursuivre. Dans le cas où l'un de ces traitements n'est pas prescrit, indiquer si vous prévoyez qu'il sera nécessaire et, si oui, dans combien de temps environ.

Objectifs visés : À la section portant sur les objectifs visés, vous serez appelé à indiquer les raisons qui motivent la poursuite des traitements, lorsque vous la recommandez. Il s'agira souvent des améliorations fonctionnelles souhaitées (relativement aux constatations indiquées au bilan fonctionnel). Ces objectifs devraient témoigner du rôle des traitements en regard de la fonction et non pas seulement des symptômes.

6. DATE PRÉVUE DE LA PROCHAINE VISITE MÉDICALE

Inscrire la date à laquelle vous prévoyez revoir le travailleur. Une fois rempli et signé, le formulaire doit être transmis à l'intervenant de la santé qui donne les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie. La transmission du formulaire peut se faire par le moyen de votre choix ou comme convenu avec l'intervenant de la santé. Toutefois, le formulaire doit lui parvenir sans délai afin qu'il prenne connaissance de votre plan de traitement et qu'il achemine le formulaire à la CSST. Cette dernière ne pourra autoriser le paiement des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie au-delà de la limite fixée qu'après avoir reçu l'avis motivé du médecin qui a charge.

7. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Inscrire de façon lisible les données demandées et signer le formulaire.



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

(formulaire 2064, versions papier et électronique)

Le ***rapport d'évaluation médicale*** sert à évaluer les limitations fonctionnelles ainsi que les pourcentages d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur dès que la lésion professionnelle est consolidée.

Il est rempli prioritairement par le médecin qui a charge du travailleur. Si ce médecin ne fait pas l'évaluation médicale, il doit, dans la mesure du possible, diriger le travailleur, avec l'accord de ce dernier, vers un autre médecin qui la fera à sa place. Le rapport de ce dernier est alors considéré comme celui du médecin qui a charge du travailleur.

En l'absence d'une telle référence, il appartient au travailleur de choisir son médecin pour l'évaluation. Dès que celui-ci accepte de faire l'évaluation, le travailleur prend rendez-vous avec lui et en avise immédiatement la CSST. Celle-ci fera parvenir le dossier du travailleur à ce médecin.



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

P

A

A. Renseignements sur le travailleur

| | | | |
|-----------------------|---|---|----------------------|
| Nom à la naissance | Prénom | N° de dossier CSST du travailleur | <input type="text"/> |
| Adresse N°, Rue, App. | | N° d'assurance maladie | <input type="text"/> |
| Ville | | Date de naissance | <input type="text"/> |
| Province | Code postal <input type="text"/> | Date de l'événement | <input type="text"/> |
| N° de téléphone | Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Date de la récurrence, rechute ou aggravation | <input type="text"/> |

B

B. Renseignements sur le médecin

| | | | |
|-----------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Nom | Prénom | N° de permis du médecin | |
| Adresse | | Date de l'examen | <input type="text"/> |
| Ville | Code postal <input type="text"/> | | |
| N° de téléphone | | | |

C

C. Rapport (voir instructions au verso pour les points à remplir)

D. Signature du médecin

| | | | |
|----------------------------|---|----------------------|---------------------------|
| Code d'évaluation 09944 | Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CSST) | Signature du médecin | Date <input type="text"/> |
|----------------------------|---|----------------------|---------------------------|



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

A

| A. Renseignements sur le travailleur | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Nom à la naissance | | Prénom | N° de dossier CSST du travailleur |
| Adresse | N° | Rue | App. |
| Ville | | N° d'assurance maladie | |
| Province | | Code postal | |
| Date de naissance (AAAA – MM – JJ) | | Date de l'évènement (AAAA – MM – JJ) | |
| Sexe | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | N° de téléphone |
| Date de récurrence, rechute ou aggravation (AAAA – MM – JJ) | | | |

B

| B. Renseignements sur le médecin | | | |
|-----------------------------------|--|---|-------------|
| Nom | | N° de permis du médecin | |
| Prénom | | N° de téléphone (Indiquez l'indicatif régional) | |
| Adresse | | | Code postal |
| Date de l'examen (AAAA – MM – JJ) | | | |

C

| C. Rapport | | | |
|--|--|--|--|
| 1. DIAGNOSTIC | | | |
| | | | |
| 2. PLAINTES ET PROBLÈMES LIÉS À LA LÉSION PROFESSIONNELLE | | | |
| | | | |
| 3. ANTÉCÉDENTS PERTINENTS CONCERNANT LA LÉSION PROFESSIONNELLE | | | |
| | | | |
| 4. MÉDICATION OU AUTRES MESURES THÉRAPEUTIQUES | | | |
| | | | |
| 5. EXAMEN PHYSIQUE OU MENTAL (INCLUANT EXAMEN CONTROLATÉRAL, S'IL Y A LIEU) | | | |
| | | | |
| 6. EXAMENS PARACLINIQUES UTILES À L'ÉVALUATION | | | |
| | | | |
| 7. AGGRAVATION | | | |
| | | | |



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

| | | | |
|---|---|-----------------------------|---------------------------------|
| 8. BILATÉRALITÉ | | | |
| | | | |
| 9. LIMITATIONS FONCTIONNELLES RÉSULTANT DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE | | | |
| | | | |
| 10. ÉVALUATION POUR UNE ATTEINTE DANS UN AUTRE SYSTÈME | | | |
| | | | |
| 11. CONCLUSION | | | |
| | | | |
| 12. BILAN DES SÉQUELLES | | | |
| 1. SÉQUELLES ACTUELLES | | | |
| | Code de séquelle | Description | % |
| | | | |
| 2. SÉQUELLES ANTÉRIEURES | | | |
| | Code de séquelle | Description | % |
| | | | |
| 3. AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ | | | |
| | Code de séquelle | Description | % |
| | | | |
| D. Signature du médecin | | | |
| Code d'évaluation | Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CSST) | Signature du médecin | Date (AAAA – MM – JJ) |
| 09944 | | | |

RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

Les médecins sont invités à utiliser la version électronique, sous forme de gabarit Word, du rapport d'évaluation médicale, disponible au www.csst.qc.ca/medecins.

A. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

Remplir en entier la section A.

Inscrire la date de l'accident du travail. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, inscrire la date de la consultation médicale au cours de laquelle la maladie a été diagnostiquée la première fois. S'il s'agit d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation, ajouter la date à laquelle elle s'est manifestée.

B. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Remplir la section B.

Inscrire la date à laquelle vous avez examiné le travailleur pour faire l'évaluation.

C. RAPPORT

1. DIAGNOSTIC

Indiquer le ou les diagnostics de la lésion acceptée par la CSST.

2. PLAINTES ET PROBLÈMES LIÉS À LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Faire un résumé de l'événement et de l'évolution, ainsi qu'une description des symptômes actuels, y compris les facteurs aggravant et diminuant ces symptômes, les restrictions dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) ainsi que pour le travail.

3. ANTÉCÉDENTS PERTINENTS CONCERNANT LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Décrire toute condition antérieure au même site que la lésion ou à proximité de celle-ci. Indiquer aussi toute condition médicale pouvant avoir une influence sur la lésion professionnelle.

4. MÉDICATION OU AUTRES MESURES THÉRAPEUTIQUES

Faire un résumé des traitements faits, y compris les chirurgies, s'il y a lieu. Si des traitements sont en cours au moment de l'évaluation (médication ou autres), prière de l'indiquer.

5. EXAMEN PHYSIQUE OU MENTAL (incluant examen controlatéral, s'il y a lieu)

Un examen physique complet et précis permet de mieux déterminer les atteintes permanentes. Dans le cas d'une lésion d'un membre, la comparaison avec le côté controlatéral est essentielle.

AUDITION

Dans tous les cas d'évaluation de la fonction auditive, inscrire, pour chaque oreille, les seuils en dB ayant servi à établir le seuil auditif moyen qui détermine le pourcentage de déficit anatomophysiologique (DAP).

Indiquer le temps de repos auditif précédant l'examen audiométrique.

Joindre une copie de l'audiogramme et des autres rapports d'examens audiométriques.

PEAU

Pour chaque segment atteint, inscrire la valeur de chaque élément (perte de souplesse, épaissement, déshydratation) servant à déterminer le coefficient d'atteinte anatomophysiologique. Inscrire aussi la valeur de chaque élément (coefficient d'atteinte anatomophysiologique, aire anatomique, pourcentage maximal) nécessaire au calcul du déficit anatomophysiologique.

VISION

Dans tous les cas d'évaluation de la fonction visuelle, inscrire, pour chaque œil, les valeurs relatives à l'évaluation du champ visuel, de la motilité oculaire et de l'acuité visuelle ainsi que les calculs qui ont servi à déterminer l'efficacité visuelle. Inscrire aussi les calculs qui ont servi à déterminer le pourcentage d'efficacité visuelle binoculaire et le pourcentage de déficit anatomophysiologique pour l'appareil visuel dans son ensemble.

Joindre une copie des résultats d'examens jugés pertinents à l'évaluation, notamment le test du champ visuel selon Goldmann.

Ces renseignements particuliers à l'audition, à la vision et à la peau sont nécessaires à la vérification des calculs des pourcentages pour fournir une information complémentaire satisfaisante au travailleur ou au médecin de l'employeur qui en fait la demande. Ils sont aussi très utiles dans les cas d'aggravation ou de contestation.

Il est important que la CSST puisse reproduire entièrement les étapes du calcul du déficit anatomophysiologique, comme le prévoit le barème.

6. EXAMENS PARACLINIQUES UTILES À L'ÉVALUATION

Décrire les examens pertinents faits en lien avec la lésion.

7. AGGRAVATION

À remplir si le travailleur a déjà eu une lésion au même site lésionnel.

8. BILATÉRALITÉ

À remplir si le travailleur présente une atteinte aux deux membres supérieurs, aux deux membres inférieurs ou au tronc, quelle que soit l'origine de cette atteinte (à l'exclusion des préjudices esthétiques).

9. LIMITATIONS FONCTIONNELLES RÉSULTANT DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE

Décrire les limitations en fonction de la lésion et non en fonction du travail. Indiquer ce que le travailleur ne peut plus faire ou ne doit plus faire en conséquence de sa lésion professionnelle. Il s'agit de toute réduction ou restriction de la capacité physique ou psychique à accomplir certaines activités ou à subir certains effets. Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité du travailleur à exécuter certains mouvements, à prendre certaines positions, à garder certaines postures ou à subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables. Une limitation fonctionnelle est considérée comme permanente.

Afin de faciliter la compréhension et l'interprétation du rapport d'évaluation médicale en ce qui a trait aux limitations fonctionnelles, nous vous demandons de procéder comme suit : Déterminer la ou les actions que le travailleur peut accomplir, mais avec des restrictions, et celles qu'il doit éviter complètement. Vous référer à l'aide-mémoire qui suit pour les lésions musculosquelettiques et pour les lésions psychiques.

AIDE-MÉMOIRE

LÉSIONS MUSCULOSQUELETTIQUES

A) LÉSIONS PROFESSIONNELLES À LA COLONNE OU AUX MEMBRES INFÉRIEURS

- **Exécuter des mouvements de flexion, d'extension ou de torsion** (segment articulaire touché, amplitude et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Soulever, porter, pousser ou tirer des charges en position confortable** (description de l'action, poids maximal de la charge, fréquence à ne pas dépasser);
- **Exercer des activités en position penchée, accroupie ou instable** (précision sur la position et la durée à ne pas dépasser);
- **Garder la même posture** (description de la posture et durée à ne pas dépasser);
- **Monter, descendre des escaliers** (nombre de marches, rythme, fréquence à ne pas dépasser);
- **Marcher sur un terrain accidenté ou glissant;**
- **Ramper, grimper;**
- **Subir des vibrations ou des contrecoups à la colonne** (description des vibrations et des contrecoups);
- **Autres.**

B) LÉSIONS PROFESSIONNELLES AUX MEMBRES SUPÉRIEURS

- **Exécuter des mouvements de flexion, d'extension, de latéralité ou de rotation** (articulation touchée, amplitude et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Garder le bras en position statique d'élévation ou d'abduction ou dans une autre position** (description de la position, durée à ne pas dépasser);
- **Soulever, porter des charges en position confortable** (description de l'action, poids maximal de la charge, fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Lever le bras plus haut que les épaules** (fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Exécuter des mouvements répétitifs** (articulation touchée, fréquence du mouvement à ne pas dépasser);

- **Prendre, tenir, serrer** (amplitude et puissance de la préhension, durée ou fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Pousser, presser, appuyer** (intensité et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Tirer ou lancer** (poids de la charge et fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **S'accrocher, s'agripper** (durée ou fréquence du mouvement à ne pas dépasser);
- **Exécuter des activités qui demandent de la précision ou de la dextérité manuelle;**
- **Autres.**

LÉSIONS PSYCHIQUES

Les limitations fonctionnelles doivent être en lien avec la lésion professionnelle diagnostiquée (ex. : incapacité à travailler dans une institution bancaire en raison du trouble phobique résiduel à la suite d'un vol à main armée) ou avec les effets secondaires de la médication (ex. : incapacité à effectuer un travail en hauteur, tel que grimper dans des pylônes, en raison des étourdissements occasionnés par la médication).

- **Limitation aux activités de la vie quotidienne :** Décrire les difficultés observées et évaluer le degré de limitations fonctionnelles quant à la fréquence (ex. : incapacité occasionnelle < 25 % des activités ou du temps);
- **Difficulté à maintenir un bon fonctionnement social :**
Évaluer le niveau de fonctionnement social (ex. : retrait social, comportement inapproprié ou agressivité);
- **Difficulté à effectuer certaines tâches ou activités en milieu de travail :**
Décrire les tâches ou activités où une incapacité permanente est observée (ex. : difficulté à effectuer un travail exigeant de la dextérité fine en raison de tremblements occasionnés par la médication).

10. ÉVALUATION POUR UNE ATTEINTE DANS UN AUTRE SYSTÈME

Indiquer si une autre évaluation devrait être faite dans une autre spécialité ou par un autre médecin.

11. CONCLUSION

Résumer l'ensemble du dossier.

12. BILAN DES SÉQUELLES

Pour chaque séquelle, inscrire le code, la nature et le pourcentage que vous avez fixé. Pour ce faire, veuillez vous référer au **Règlement annoté sur le barème des dommages corporels**.

Séquelles actuelles : Inscrire toutes les séquelles aux sièges de la lésion professionnelle.

Code.....Description.....Pourcentage

Séquelles antérieures : Inscrire les séquelles de toute origine aux sièges de la lésion professionnelle.

Code.....Description.....Pourcentage

Autres déficits liés à la bilatéralité : Inscrire les autres atteintes au même membre et au membre controlatéral, non indiquées dans les séquelles actuelles et antérieures mais permettant de calculer la bilatéralité.

Code.....Description.....Pourcentage

13. SIGNATURE DU MÉDECIN

Un code de complexité peut être ajouté s'il a été autorisé au préalable par le médecin-conseil de la CSST.

Signer le formulaire et indiquer la date de signature.

Vous pouvez vous procurer sans frais le *Règlement annoté sur le barème des dommages corporels*, ainsi que tous les formulaires décrits dans cette première section, en composant le **1 866 302-CSST (2778)** ou en consultant le site Web de la CSST : **www.csst.qc.ca**. Pour toute information sur l'utilisation du barème, n'hésitez pas à communiquer avec le médecin-conseil du bureau régional de la CSST de votre localité.

À la fin de chaque formulaire 2064, le médecin évaluateur doit inscrire, s'il y a lieu, le code de complexité préalablement autorisé par le médecin-conseil de la CSST. Veuillez vous référer, pour les omnipraticiens, à l'onglet B, « Consultation et examen », à la section « Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles » de votre **Manuel des médecins**, publié par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Pour les spécialistes, veuillez vous référer à l'onglet B, « Tarification des visites », à la section « Annexe 24, rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail ».

Exemple de rapport d'évaluation médicale

D'autres modèles sont disponibles au www.csst.qc.ca/medecins.

Attention : ce document est fictif et ne constitue qu'un exemple de REM possible.



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

| A. Renseignements sur le travailleur | | | |
|---|---|---|---|
| Nom à la naissance | Prénom | N° de dossier CSST du travailleur | |
| Adresse | N° Rue App. | N° d'assurance maladie | |
| Ville | | Date de naissance (AAAA – MM – JJ) | |
| Province | | Code postal | Date de l'événement (AAAA – MM – JJ) |
| Sexe | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | N° de téléphone | Date de récédive, rechute ou aggravation (AAAA – MM – JJ) |
| B. Renseignements sur le médecin | | | |
| Nom | | N° de permis du médecin | |
| Prénom | | N° de téléphone (Indiquez l'indicatif régional) | |
| Adresse | | | Code postal |
| Date de l'examen (AAAA – MM – JJ) | | | |
| C. Rapport | | | |
| 1. DIAGNOSTIC | | | |
| <p><i>Bien s'assurer qu'il s'agit du diagnostic de la lésion acceptée par la CSST.</i></p> | | | |
| Entorse lombaire | | | |
| 2. PLAINTES ET PROBLÈMES LIÉS À LA LÉSION PROFESSIONNELLE | | | |
| <p><i>Résumé de l'événement et de l'évolution.</i></p> <p><i>Description des symptômes actuels, y compris les facteurs aggravant et diminuant ces symptômes, les restrictions dans les AVQ et AVD, ainsi que pour le travail.</i></p> | <p>Le travailleur, journalier de 38 ans, a présenté une douleur lombaire importante à la suite d'un effort pour soulever une caisse d'une cinquantaine de livres à son travail, le 28 mai 2010. Les douleurs ont ensuite irradié vers la région inguinale droite et la face antérieure de la cuisse droite. Il a été traité de façon conservatrice avec amélioration progressive. La lésion a été consolidée le 15 décembre 2010 lorsque le patient a atteint un plateau maximal de récupération.</p> <p>Actuellement, Monsieur présente une douleur lombaire assez constante, sous forme de barre. Il n'y a plus d'irradiation à l'aîne ou à la cuisse. Les mouvements du tronc et la position assise ou debout prolongée augmentent la douleur. Pas de modification à la toux ou à la défécation. Pas de faiblesse aux membres inférieurs ni de troubles sphinctériens. La douleur est soulagée par le repos ou les bains chauds. Elle n'entraîne pas de problème de sommeil. Le patient a débuté une assignation temporaire à un travail modifié le 12 juillet 2010, assignation qui se poursuit actuellement. Il ne pense pas pouvoir reprendre son travail habituel en raison des poids lourds à soulever.</p> | | |

2064 (2012-06)
p. 1 de 4

| 3. ANTÉCÉDENTS PERTINENTS CONCERNANT LA LÉSION PROFESSIONNELLE | |
|---|---|
| <p><i>Toute condition antérieure au même site que la lésion ou à proximité de celle-ci.</i></p> <p><i>Toute condition médicale pouvant avoir une influence sur la lésion professionnelle.</i></p> | <p>Le patient a déjà présenté quelques épisodes de lombalgie d'une durée de quelques jours, lesquels n'ont pas nécessité de consultation ou d'arrêt de travail.</p> |
| 4. MÉDICATION OU AUTRES MESURES THÉRAPEUTIQUES | |
| <p><i>Liste des traitements, incluant les chirurgies, s'il y a lieu.</i></p> | <p>Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et analgésiques non narcotiques pendant quelques mois.</p> <p>Physiothérapie du 14 juin au 15 octobre 2010 (48 traitements).</p> <p>Blocs facettaires L3-L4 et L4-L5 bilatéraux le 21 septembre 2010.</p> <p>Ergothérapie du 27 septembre au 10 décembre 2010 (25 traitements).</p> <p>Tylénol, à l'occasion (2-3 comprimés par semaine).</p> |
| 5. EXAMEN PHYSIQUE OU MENTAL (INCLUANT EXAMEN CONTROLATÉRAL, S'IL Y A LIEU) | |
| <p><i>Inspection et palpation.</i></p> | <p>Le patient mesure 1 m 75 et pèse 78 kg. Sa démarche est normale, sans boiterie. Il marche aisément sur la pointe des pieds et sur les talons. Il peut également s'accroupir et se relever sans problème. En station debout, l'alignement de la colonne est normal avec préservation de la cyphose dorsale et de la lordose lombaire. Pas de déviation du tronc. Les épaules et le bassin sont à l'horizontale. Sensibilité à la palpation des apophyses épineuses de L4 à S1 et de la région para-vertébrale droite au même niveau. Pas de spasme musculaire palpable.</p> <p>Attention : pour évaluer les séquelles permanentes, il est essentiel de mesurer la mobilité de la colonne lombaire en degrés.</p> |
| <p><i>Mobilité.</i></p> | <p>La flexion du tronc se fait jusqu'à 70 degrés avec douleur lombaire en fin de mouvement et au moment de se redresser. Le Schöber est légèrement limité à 14 cm. L'extension du tronc est limitée à 20 degrés avec des douleurs. Les flexions latérales et les rotations vers la droite et la gauche sont normales à 30 degrés avec de légères douleurs.</p> |
| <p><i>Tests radiculaires.</i></p> | <p>L'élévation de la jambe tendue (SLR) cause uniquement des douleurs lombaires à 80 degrés à gauche et à droite. Le Tripode est négatif tout comme le Lasègue inversé (Ely) des deux côtés.</p> |
| <p><i>Examen neurologique et vasculaire.</i></p> | <p>La force musculaire est normale pour les deux membres inférieurs. La sensibilité est également normale. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs et symétriques. Les pouls pédieux et tibiaux postérieurs sont bien perçus des deux côtés.</p> |
| <p><i>Mesure de l'atrophie.</i></p> | <p>La circonférence des cuisses est de 54 cm des deux côtés, à 15 cm au-dessus des rotules. Celle des mollets est de 38,5 cm à gauche et de 38 cm à droite, à 15 cm sous les rotules.</p> |

| | |
|---|--|
| <i>Examen des articulations autour de la lésion.</i> | <p>Les mouvements des deux hanches sont complets et indolores. Pas de sensibilité au moment de la palpation de la région inguinale droite et aucune masse palpée localement.</p> <p>La mise en tension des sacro-iliaques (manœuvres de Fabere et compressions antéropostérieures et latérales du bassin) ne cause aucune douleur.</p> |
| 6. EXAMENS PARACLINIQUES UTILES À L'ÉVALUATION | |
| <i>Examens pertinents relatifs à la lésion.</i> | <p>R-X colonne lombo-sacrée (3 août 2010) : pas d'anomalie significative.</p> <p>IRM colonne lombo-sacrée (19 août 2010) : légère dégénérescence discale L4-L5 avec minime bombement circonférentiel du disque et début d'arthrose facettaire L4-L5 droite. Pas d'autre anomalie notable.</p> |
| 7. AGGRAVATION | |
| <i>S'applique si le travailleur avait déjà eu une lésion au même site.</i> | <p>Ne s'applique pas.</p> |
| 8. BILATÉRALITÉ | |
| <i>Peut s'appliquer dans le cas d'une lésion au tronc ou aux membres.</i> | <p>Ne s'applique pas.</p> |
| 9. LIMITATIONS FONCTIONNELLES RÉSULTANT DE LA LÉSION PROFESSIONNELLE | |
| <i>Bien décrire les limitations fonctionnelles à respecter tant au travail que dans les activités quotidiennes. Voir l'échelle de restrictions fonctionnelles de l'IRSST.</i> | <p>Décrire les limitations fonctionnelles de façon générale en fonction de la lésion et non en fonction du travail.</p> <p>Monsieur devrait respecter des limitations fonctionnelles de classe 1 de l'IRSST pour la région lombaire, c'est-à-dire éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soulever, porter, pousser ou tirer des charges de plus de 20 kg; • travailler en position accroupie; • ramper, grimper; • effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire; • subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale. |
| 10. ÉVALUATION POUR UNE ATTEINTE DANS UN AUTRE SYSTÈME | |
| <i>S'applique lorsqu'une lésion touche plus d'un système et qu'une partie de l'évaluation devrait être faite par un autre médecin.</i> | <p>Aucune n'est requise.</p> |



RAPPORT D'ÉVALUATION MÉDICALE

11. CONCLUSION

Il s'agit donc d'un travailleur qui a présenté une entorse lombaire ayant laissé des douleurs et des limitations de mouvements. On retient dans son cas un pourcentage d'atteinte permanente et des limitations fonctionnelles.

12. BILAN DES SÉQUELLES

Page 53 du Barème des dommages corporels : l'entorse lombaire peut être sans séquelle fonctionnelle objectivée (0 %) (si douleur seule) ou avec séquelles fonctionnelles objectivées (2 %) (si limitations des mouvements de la colonne lombaire). Cela inclut toutes les limitations de mouvements de la colonne lombaire, donc aucun autre DAP ne peut s'ajouter.

1. SÉQUELLES ACTUELLES

| Code de séquelle | Description | % |
|------------------|--|-----|
| 204004 | Entorse lombaire avec séquelles fonctionnelles objectivées | 2 % |

2. SÉQUELLES ANTÉRIEURES **Toujours indiquer les séquelles antérieures au même site.**

Aucune

3. AUTRES DÉFICITS LIÉS À LA BILATÉRALITÉ

Ne s'applique pas.

D. Signature du médecin

| Code d'évaluation | Code de complexité (doit être autorisé par le médecin-conseil de la CSST) | Signature du médecin | Date (AAAA – MM – JJ) |
|-------------------|---|----------------------|-----------------------|
| 09944 | | | |

N'hésitez pas à communiquer avec le médecin-conseil de la CSST pour toute question ou précision.

SECTION 2

Formulaires à remplir par la CSST, par le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou par l'employeur afin d'obtenir des renseignements du médecin qui a charge du travailleur.

| NUMÉRO | TITRE |
|------------|--|
| 2096 | Information médicale complémentaire écrite |
| 2349 | Rapport complémentaire |
| 1166..... | Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite |
| 2001 | Assignment temporaire d'un travail |
| 1966 | Demande de renseignements |

INFORMATION MÉDICALE COMPLÉMENTAIRE ÉCRITE

(formulaire 2096, cf. LATMP, art. 202, p. 7 du guide)

| 1. Renseignements sur le travailleur | | |
|--|---|--|
| Prénom | N° d'assurance maladie | |
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | N° de dossier CSST du travailleur | |
| Adresse | Date de l'événement d'origine | |
| | Date de la récurrence, rechute ou aggravation | |

| 2. Nature de la demande | | |
|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| | | |
| Médecin-conseil | N° de permis du médecin | Date de la demande |
| Signature | Téléphone | |

| 3. Identification du médecin qui a charge du travailleur | | |
|--|-----------|-------------------------|
| Nom | Prénom | N° de permis du médecin |
| Adresse | Téléphone | |

| 4. Rapport du médecin qui a charge du travailleur | | |
|---|--|--|
| | | |

| Signature du médecin qui a charge du travailleur | | |
|--|------|-----------------|
| Signature | Date | Code RAMQ 09929 |

Le sigle CSST désigne la Commission de la santé et de la sécurité du travail
La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes

CSST OSI 2096 (2014-02) Copie de la CSST

4

Seule la section 4 doit être remplie par le médecin qui a charge du travailleur. Il s'agit d'une demande de précisions formulée par le médecin de la CSST auprès du médecin qui a charge du travailleur victime d'une lésion professionnelle. Ces précisions peuvent porter notamment sur un ou plusieurs des sujets suivants :

- Le diagnostic en lien avec la physiopathologie de la lésion ;
- La relation entre le diagnostic et les traitements ;
- La période prévisible de consolidation de la lésion ;
- L'existence ou la nature des limitations fonctionnelles ;
- L'aspect médical d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation ;
- L'existence ou la nature d'une atteinte permanente objective à l'intégrité physique ou psychique ;
- L'identification ou l'aggravation d'une condition personnelle préexistante.

Au vu du dossier, le médecin fournit, sur ce formulaire, les précisions demandées par le médecin-conseil de la CSST dans les 10 jours de la réception de la demande, comme édicté par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

RAPPORT COMPLÉMENTAIRE

(formulaire 2349, cf. LATMP, art. 205.1 et 212.1, p. 8 du guide)

| | | | |
|---|--|--|--|
|  | | RAPPORT COMPLÉMENTAIRE | |
| 1. Renseignements sur le travailleur | | | |
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | | Prénom | N° de dossier CSST du travailleur |
| Adresse du domicile | | N° | Rue |
| App. | | N° d'assurance maladie | |
| Ville | | Date de l'événement d'origine | |
| Province | | Code postal | |
| | | Date de la récurrence, rechute ou aggravation | |
| 2. Identification des professionnels de la santé | | | |
| Médecin qui a charge | | Professionnel de la santé désigné par <input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> CSST | |
| Nom | | Nom | |
| Prénom | | Prénom | |
| Spécialité | | Spécialité | |
| <input type="checkbox"/> Omnipraticien | | <input type="checkbox"/> Omnipraticien | |
| Téléphone | | Téléphone | |
| N° de permis du médecin | | N° de permis du médecin | |
| Date du rapport infirmé | | Date du rapport | |
| N° du rapport infirmé | | | |
| 3. Sujets infirmés par le professionnel de la santé désigné | | | |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic | | <input type="checkbox"/> Existence ou pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur | |
| <input type="checkbox"/> Date ou période prévisible de consolidation de la lésion | | <input type="checkbox"/> Existence ou évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur | |
| <input type="checkbox"/> Nature, nécessité, suffisance ou durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits | | | |
| 4. Conclusions étayées | | | |
| Expliquez les raisons pour lesquelles vous maintenez ou vous modifiez votre opinion. | | | |
| Si vous avez consulté un collègue, n'oubliez pas de joindre le rapport de consultation motivé. | | | |
| Signature du médecin qui a charge du travailleur | | Code RAMQ | Ce rapport doit être transmis à la CSST dans les 30 jours de la réception du rapport du professionnel de la santé qui infirme vos conclusions. |
| (Je reconnais avoir informé le travailleur du contenu de ce rapport) | | 9909 | |
| | | | |
| 2349 (2014-09) | | Copie blanche: CSST | Copie jaune: Médecin |
| | | Copie rose: Professionnel désigné | Copie or: Travailleur |

4

Le rapport complémentaire est envoyé par la CSST ou par l'employeur au médecin qui a charge du travailleur afin de lui permettre d'étayer ses conclusions si l'un ou plusieurs des sujets mentionnés ci-dessous ont été infirmés par un professionnel de la santé désigné par la CSST ou choisi par l'employeur.

Les trois premières sections sont remplies par la CSST ou par l'employeur. La section 4 est réservée au médecin qui a charge afin qu'il étaye ses conclusions sur l'un ou l'autre des sujets suivants :

- Le diagnostic ;
- La date ou la période prévisible de consolidation de la lésion ;
- La nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits ;
- L'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ;
- L'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

Ce rapport doit être transmis à la CSST dans les 30 jours de la réception du rapport du professionnel de la santé désigné.

Il est important de répondre à chaque point questionné. Si le médecin qui a charge omet de répondre, la CSST se verra dans l'obligation de faire évaluer le travailleur par un membre du Bureau d'évaluation médicale. Le médecin qui a charge du travailleur doit informer celui-ci, sans délai, du contenu de son rapport.

RAPPORT DE CONSULTATION MOTIVÉ

(aucun formulaire prescrit, cf. LATMP, art. 205.1 et 212.1, p. 8 du guide)

Le rapport de consultation motivé consiste en une **demande d'opinion requise par le médecin qui a charge du travailleur auprès d'un collègue afin d'appuyer les conclusions de son rapport complémentaire.**

Cette demande porte sur l'un ou plusieurs des sujets suivants :

- Le diagnostic ;
- La date ou la période prévisible de consolidation de la lésion ;
- La nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits ;
- L'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ;
- L'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

C'est le médecin qui a charge qui a la responsabilité de demander un rapport de consultation motivé s'il le juge nécessaire et de l'annexer à son rapport complémentaire, qu'il doit transmettre à la CSST dans les 30 jours de la réception du rapport du professionnel de la santé désigné.

CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

(formulaire 1166)

| | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| CSST | | CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF ET L'AFFECTATION DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE | |
| Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement | | | |
| A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation | | | |
| Nom et prénom à la naissance | | N° de dossier CSST de la travailleuse | <input type="text"/> |
| Adresse | | N° d'assurance maladie | <input type="text"/> |
| | | N° d'assurance sociale | <input type="text"/> |
| N° de téléphone | | Code postal | <input type="text"/> |
| Catégorie de la demande | <input type="checkbox"/> Grossesse | Date prévue de l'accouchement | <input type="text"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Allaitement | Date de naissance de l'enfant allaité |
| Nature des dangers appréhendés par la travailleuse | | Signature de la travailleuse | |
| Décrire : | | <input type="text"/> | |
| B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse | | | |
| Raison sociale de l'employeur | | | |
| Adresse du lieu de travail | | | Code postal |
| Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches | | Titre de l'emploi | |
| Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise | | | N° de téléphone |
| C - Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat) | | | |
| Nom du médecin consulté | | En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin désigné | |
| Nom de la direction de la santé publique | | N° de téléphone | |
| Réception du Rapport de consultation | | Date | |
| <input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit | | <input type="text"/> | |
| D - Rapport médical | | | |
| Selon vous, quelles sont les conditions de travail comportant des dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse ? | | | |
| Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail. | | | |
| Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail. |
| E - Attestation | | | |
| <input type="checkbox"/> J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité. | | Pour les cas de grossesse seulement Indiquer le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation. | |
| | | Date du retrait préventif ou de l'affectation | |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement | | Nom du médecin (en lettres moulées) | |
| | | N° de corporation | |
| Signature | | N° de téléphone | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | Date de remise du certificat à la travailleuse | |
| | | <input type="text"/> | |
| Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier). | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| 1166 (2012-12) | | La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat. | |

Le programme **Pour une maternité sans danger** s'adresse à toutes les travailleuses estimant que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent. Ces travailleuses bénéficient du droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de danger et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et, par conséquent, de recevoir des indemnités. **Il ne s'agit donc pas d'un congé de maternité, mais bien d'un programme de nature préventive visant d'abord le maintien en emploi sans danger.**

- **Si c'est le médecin responsable des services de santé de l'établissement qui emploie la travailleuse qui émet le certificat :**

Il doit remplir toutes les sections du formulaire, sauf la section C.

- **Si c'est le médecin traitant qui émet le certificat :**

Il doit remplir toutes les sections du formulaire.

Le médecin traitant doit **obligatoirement**, en vertu de la loi, consulter le médecin responsable des services de santé de l'établissement qui emploie la travailleuse, ou le médecin désigné par le directeur de la santé publique, afin d'être informé des dangers que peuvent comporter les conditions de travail de sa patiente pour l'issue de sa grossesse ou de l'allaitement de son enfant. Cette consultation se fait de préférence par téléphone pour accélérer la démarche, car tout retard pourrait s'avérer préjudiciable à la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Important : Le médecin traitant doit par la suite obtenir ces recommandations par écrit (rapport de consultation médico-environnementale).

Après cette consultation, le médecin traitant répond aux trois questions suivantes de la section D :

- Question 1 : Indiquer, par ordre d'importance, quelles sont les conditions de travail qu'il estime dangereuses pour l'issue d'une grossesse ou d'un allaitement ainsi que les principales conséquences associées à ces conditions de travail.
- Question 2 : Indiquer, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail.
- Question 3 : Attester que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail. Si toute forme de travail est contre-indiquée à cause de problèmes de santé particuliers, elle n'a pas droit au retrait préventif, puisque ce programme vise d'abord le maintien en emploi sans danger.

ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL

(formulaire 2001, cf. LATMP, art. 179, p. 9 du guide)

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
|  | | ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL | |
| Employeur | | | |
| A - Identification du travailleur ou de la travailleuse | | | |
| Nom et prénom | | N° de dossier CSST du travailleur | <input type="text"/> |
| Adresse | | N° d'assurance maladie | <input type="text"/> |
| | | Date de l'événement | <input type="text"/> |
| Code postal <input type="text"/> | | Date de récurrence, rechute ou aggravation | <input type="text"/> |
| N° de téléphone <input type="text"/> | | | |
| Emploi occupé au moment de la lésion | | | |
| B - Identification de l'employeur | | | |
| Nom et adresse | | Nom de la personne qui peut fournir des renseignements | |
| | | | |
| Nom et adresse de l'établissement où est prévue l'assignation temporaire | | N° de dossier d'expérience | <input type="text"/> |
| | | N° de téléphone | <input type="text"/> |
| C - Nature de l'assignation temporaire | | | |
| Travail proposé | | Durée prévue de l'assignation | |
| | | Du <input type="text"/> Au <input type="text"/> | |
| Description (positions et mouvements, objets à manipuler, conditions environnementales, horaire de travail : voir le Guide au verso) | | | |
| | | | |
| Nom de la personne qui a rédigé la description (en lettres majuscules) | | Signature | |
| | | | |
| Médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse | | | |
| D - Le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse se prononce sur les trois points de l'article 179 de la LATMP (voir au verso). Une réponse positive aux trois questions suivantes permet de procéder à l'assignation temporaire. | | | |
| 1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Commentaires | | | |
| | | | |
| Nom du médecin (en lettres majuscules) | | N° de corporation | Signature |
| | | | <input type="text"/> |
| <i>Les sections A, B, C et D du formulaire doivent être remplies avant de détacher les exemplaires.</i> | | | |
| 2001 (2012-06) | Copie blanche : CSST | Copie verte : Employeur | Copie jaune : Médecin qui a charge |
| | | | Copie rose : Travailleur/Travailleuse |

D

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut lui assigner temporairement un travail en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée. Pour procéder à l'assignation temporaire, l'employeur a besoin de l'accord du médecin qui a charge. C'est donc l'employeur qui va faire la demande auprès du médecin qui a charge.

Les sections A, B et C sont remplies par l'employeur.

La section D est remplie par le médecin qui a charge. Ce dernier doit répondre à chacune des trois questions suivantes :

Question 1 : Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail?

Question 2 : Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion ?

Question 3 : Ce travail est-il favorable à sa réadaptation ?

Seule une réponse positive aux trois questions permet de procéder à l'assignation temporaire.

L'employeur n'est pas obligé d'utiliser le formulaire suggéré par la CSST. Il peut utiliser tout autre formulaire, pourvu qu'il réponde aux exigences de l'article 179 de la LATMP. Vous avez donc droit à la rémunération prévue par l'entente sur la rémunération des services médico-administratifs, même si l'employeur n'utilise pas le formulaire 2001 de la CSST.

NOTE

Pour les omnipraticiens, veuillez vous référer à l'onglet B, « Consultation et examen », à la section « Rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles » de votre **Manuel des médecins**, publié par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Pour les spécialistes, veuillez vous référer à l'onglet B, « Tarification des visites », à la section « Annexe 24, rémunération des services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur les accidents du travail ».

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

(formulaire 1966)



DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Nom et adresse du destinataire

Renseignements sur le travailleur

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | Prénom | | | | | | | | |
| Téléphone | Poste | | | | | | | | |
| N° de dossier CSST du travailleur | | | | | | | | | |
| N° d'assurance maladie | | | | | | | | | |
| Date de naissance | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table> | A | A | A | A | M | M | J | J |
| A | A | A | A | M | M | J | J | | |
| Date de l'événement d'origine | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table> | A | A | A | A | M | M | J | J |
| A | A | A | A | M | M | J | J | | |
| Date de la récurrence, rechute ou aggravation | <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table> | A | A | A | A | M | M | J | J |
| A | A | A | A | M | M | J | J | | |

Section 1

Nous ne pouvons procéder à l'ouverture d'un dossier parce qu'il nous manque des informations.

Nous ne pouvons poursuivre le traitement de ce dossier parce qu'il nous manque des informations.

Nous ne pouvons poursuivre le traitement de ce dossier parce que certaines informations sont illisibles.

Section 2

Auriez-vous l'obligance de nous retourner les informations demandées, en utilisant l'enveloppe pré-adressée ci-jointe. Remplir (ou faire remplir) et retourner le(s) formulaire(s) précédé(s) d'un « X » à la section 3 ou 4. Compléter les informations précédées d'un « X » à la section 5.

Section 3 - Formulaires

Annexe à la réclamation du travailleur – Maladie professionnelle – Surdité

Annexe à la réclamation du travailleur – Maladie professionnelle pulmonaire

Autorisation de communication de renseignements – Régie des rentes du Québec (RRQ)

Autorisation de communication de renseignements – Commission de la construction du Québec (CCQ)

Avis de l'employeur et demande de remboursement

Certificat visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Compte de l'établissement de santé

Demande de remboursement pour un retrait préventif ou une affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Rapport de prise en charge et d'étape

Réclamation du travailleur

Autres _____

Section 4 - Formulaires médicaux

Attestation médicale (1936) Rapport d'évaluation médicale (2064)

Audiogramme Rapport final (1938)

Rapport médical – d'évolution / sommaire de prise charge (1937)

Section 5 - Compléter les informations suivantes

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Identification du travailleur <input type="checkbox"/> Identification de l'employeur <input type="checkbox"/> Identification du médecin <input type="checkbox"/> Identification de l'établissement de santé <input type="checkbox"/> Date de l'événement d'origine <input type="checkbox"/> Date de la récurrence, rechute ou aggravation <input type="checkbox"/> Date du début de l'incapacité de travailler <input type="checkbox"/> Date de retour au travail <input type="checkbox"/> Date de décès <input type="checkbox"/> Date de la demande d'affectation <input type="checkbox"/> Date prévue d'affectation <input type="checkbox"/> N° d'assurance sociale <input type="checkbox"/> N° d'assurance maladie <input type="checkbox"/> N° de l'employeur (CSST) <input type="checkbox"/> N° de l'établissement <input type="checkbox"/> N° de téléphone de l'employeur <input type="checkbox"/> N° de permis du médecin <input type="checkbox"/> N° de permis du thérapeute | <input type="checkbox"/> Description plus détaillée de l'événement <input type="checkbox"/> Raison de la demande de remboursement <input type="checkbox"/> Statut du travailleur <input type="checkbox"/> Situation familiale déclarée à l'employeur aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Salaire annuel brut <input type="checkbox"/> Nombre de jours payés correspondant au montant <input type="checkbox"/> Données de remboursement <input type="checkbox"/> Salaire versé au travailleur durant la période d'incapacité de retour au travail <input type="checkbox"/> Votre signature <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Date prévisible de consolidation <input type="checkbox"/> Période prévisible de consolidation <input type="checkbox"/> Le travailleur est-il en attente de physiothérapie, ergothérapie, hospitalisation? <input type="checkbox"/> Nom de l'établissement où est dirigé le travailleur | <input type="checkbox"/> Nom du médecin à qui vous avez référé le travailleur <input type="checkbox"/> Séquelles permanentes à prévoir <input type="checkbox"/> Date de consolidation <input type="checkbox"/> La lésion professionnelle entraîne-t-elle une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique? <input type="checkbox"/> La lésion professionnelle entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles? <input type="checkbox"/> Ces limitations ont-elles aggravé des limitations fonctionnelles antérieures? <input type="checkbox"/> Produirez-vous le rapport d'évaluation en conformité avec le barème des dommages corporels? <input type="checkbox"/> Type de séquelles : <input type="checkbox"/> Actuelles <input type="checkbox"/> Antérieures <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bilatéralité <input type="checkbox"/> Pourcentages <input type="checkbox"/> Code(s) de séquelle(s) <input type="checkbox"/> Date de la visite Autre : _____ _____ _____ |
|---|---|--|

Section 6 - Commentaires

Section 7

Nom du demandeur (en lettres moulées)

Signature _____ Date

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Téléphone _____ Poste _____

Nous comptons sur votre promptitude de façon à pouvoir traiter la réclamation le plus tôt possible.

Le sigle CSST désigne la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

1966 (2013-04)
Copie blanche : CSST
Copie jaune : Médecin
Copie rose : Travailleur
Copie or : Employeur

Ce formulaire ne donne droit à aucune rémunération supplémentaire. Il pourrait cependant vous être acheminé dans les cas suivants :

- La CSST vous demande de remplir un formulaire médical qu'elle n'a pas obtenu pour faciliter le traitement du dossier du travailleur;
- La CSST a constaté l'absence de certains renseignements sur un formulaire que vous avez déjà acheminé et pour lequel vous avez déjà été rémunéré.

La négligence ou le refus du médecin qui a charge de fournir le rapport ou l'information demandée peut créer des délais préjudiciables au travailleur et obliger la CSST à le diriger vers un médecin désigné en vertu de l'article 204 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Si vous avez besoins d'aide pour remplir un formulaire de la CSST, composez le 1 866 520-1503 ou visitez le csst.qc.ca/medecins

ABITIBI-

TÉMISCAMINGUE

33, rue Gamble O.
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3
Télé. : 819 762-9325

2^e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1
Télé. : 819 874-2522

BAS-SAINT-LAURENT

180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3
Télé. : 418 725-6237

CAPITALE-NATIONALE

425, rue du Pont
Case postale 4900
Succ. Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6
Télé. : 418 266-4015

CHAUDIÈRE- APPALACHES

835, rue de la Concorde
Lévis
(Québec) G6W 7P7
Télé. : 418 839-2498

CÔTE-NORD

Bureau 236
700, boul. Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1
Télé. : 418 964-3959

235, boul. La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4
Télé. : 418 294-7325

ESTRIE

Place Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King O.
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3
Télé. : 819 821-6116

GASPÉSIE-ÎLES- DE-LA-MADELEINE

163, boul. de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1
Télé. : 418 368-7855

200, boul. Perron O.
New Richmond
(Québec) G0C 2B0
Télé. : 418 392-5406

ÎLE-DE-MONTRÉAL

1, complexe Desjardins
Tour Sud, 31^e étage
Case postale 3
Succ. Place-Desjardins
Montréal
(Québec) H5B 1H1
Télé. : 514 906-3200

LANAUDIÈRE

432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2
Télé. : 450 756-6832

LAURENTIDES

6^e étage
85, rue De Martigny O.
Saint-Jérôme
(Québec) J7Y 3R8
Télé. : 450 432-1765

LAVAL

1700, boul. Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6
Télé. : 450 668-1174

LONGUEUIL

25, boul. La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7
Télé. : 450 442-6373

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Bureau 200
1055, boul. des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9
Télé. : 819 372-3286

OUTAOUAIS

15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3
Télé. : 819 778-8699

SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN

Place du Fjord
901, boul. Talbot
Case postale 5400
Saguenay
(Québec) G7H 6P8
Télé. : 418 545-3543

Complexe du Parc
6^e étage
1209, boul. du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8
Télé. : 418 679-5931

SAINT-JEAN-SUR- RICHELIEU

145, boul. Saint-Joseph
Case postale 100
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 6Z1
Télé. : 450 359-1307

VALLEYFIELD

9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4
Télé. : 450 377-8228

YAMASKA

2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6
Télé. : 450 773-8126

Bureau 102
26, place
Charles-De Montmagny
Sorel-Tracy
(Québec) J3P 7E3
Télé. : 450 746-1036

Pour obtenir la liste de nos coordonnées la plus à jour, consultez notre site Web au :

www.csst.qc.ca/nous_joindre