

# Rapport de blessure du travailleur

**Si vous avez subi une blessure au travail :**

1. Informez votre employeur de l'incident.
2. Informez votre employeur que vous signalez l'incident à la WSCC.
3. Remplissez ce formulaire et envoyez-le à la WSCC.

Remarque : Vous ne devez pas transmettre ce formulaire à votre employeur. Vous pouvez le soumettre directement à la WSCC.

**Si une question ne s'applique pas à votre cas, inscrivez la mention « S.O. ».**

**Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, ou pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'équipe de Traitement des demandes d'indemnisation au numéro sans frais 1-800-661-0792 pour les Territoires du Nord-Ouest ou au numéro sans frais 1-877-404-4407 pour le Nunavut**

A – Renseignements sur le travailleur										
Prénom			Nom			Aussi appelé(e)				
Adresse postale				Communauté		Territoire/Province		Code postal		
Adresse du domicile (si différente de l'adresse postale)					Date de naissance	MM	JJ	AAAA	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> X	
Téléphone (inclure l'indicatif régional)		Cellulaire (inclure l'indicatif régional)		Courriel						
Numéro d'assurance sociale		Méthode de communication préférée <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Courriel			Quelle méthode préférez-vous pour recevoir les décisions officielles concernant votre demande? <input type="checkbox"/> Par courriel <input type="checkbox"/> Par la poste					
Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre _____										
Appellation d'emploi (aucune d'abréviation)										
B – Renseignements sur votre employeur										
Nom de l'employeur					Adresse					
Nom du superviseur					Téléphone (inclure l'indicatif régional)					
Dans quel territoire travaillez-vous pour cet employeur? <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest <input type="checkbox"/> Nunavut <input type="checkbox"/> Les deux										
Travaillez-vous pour cet employeur dans une autre province ou un autre territoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Si oui, où? _____										
<p><b>La WSCC peut utiliser ces renseignements pour l'application de la législation en vertu de notre autorité, y compris les Lois sur l'indemnisation des travailleurs, les Lois sur la sécurité ou les Lois sur la santé et la sécurité dans les mines, et leurs règlements connexes, et pour communiquer avec vous conformément aux exigences des lois pertinentes.</b></p> <p>La WSCC ne peut utiliser mes renseignements personnels fournis dans ces présentes que dans le but de faire une enquête sur ma demande d'indemnisation. La WSCC peut recueillir des renseignements additionnels sur mon incident de travail et sur mes antécédents médicaux et de travail pour l'administration de ma demande d'indemnisation. À cette fin seulement, la WSCC peut divulguer certains renseignements personnels à mon employeur, au personnel médical et à d'autres tiers concernés. Pour en savoir davantage, veuillez lire notre <b>énoncé sur la protection des renseignements personnels à l'intention des travailleurs</b> à <a href="http://wsc.nt.ca/fr">wsc.nt.ca/fr</a> ou à <a href="http://wsc.nu.ca/fr">wsc.nu.ca/fr</a>.</p> <p>Après lecture des exigences mentionnées ci-dessus, <b>je comprends celles-ci et j'autorise la WSCC à recueillir et à communiquer de tels renseignements auprès de toutes les sources nécessaires.</b></p>										
Initiales		Partie du corps atteinte			Date de la blessure		MM	JJ	AAAA	
Je comprends et reconnais que si je fournis des renseignements incomplets, ma demande risque d'être retardée. Le fait de travailler et de toucher un revenu tout en recevant des indemnités pour un incident de travail, sans l'approbation de la WSCC, peut constituer une infraction criminelle.										
Signature _____							Date	MM	JJ	AAAA
Témoin _____							Date	MM	JJ	AAAA

**Lorsque vous donnez une adresse courriel, il est de votre responsabilité de vous assurer que des mesures raisonnables sont en place pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels contenus dans votre compte de courrier électronique.**

**VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 2.** 

Nom et prénom du travailleur :

### C – Détails de l'incident

1. À combien d'incidents attribuez-vous l'origine de votre blessure ou exposition (ou de vos blessures ou expositions)?

À un incident en particulier  À plus d'un incident S'il y a eu plus d'un incident, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

2. Date de l'incident  
(le cas échéant)

MM

JJ

AAAA

Heure \_\_\_\_\_

3. Lieu de l'incident :

Communauté \_\_\_\_\_ Territoire/Province \_\_\_\_\_

4. Avez-vous eu un retard de plus d'un jour pour signaler l'incident?  Oui  Non Si oui, pourquoi? (Veuillez expliquer.)

5. L'incident est-il survenu dans les locaux de l'employeur?  Oui  Non Si non, où l'incident est-il survenu?

6. Nom et fonction de la personne à qui vous avez rapporté l'accident :

Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_ Téléphone (inclure l'indicatif régional) \_\_\_\_\_

7. Avez-vous arrêté de travailler en raison de votre blessure?  Oui  Non Si oui, quand?

MM

JJ

AAAA

Heure \_\_\_\_\_

8. Choisissez la réponse correspondant le plus à la blessure signalée :

Blessure physique (lésion corporelle)  Microtraumatismes répétés (lésion attribuable au travail répétitif)  Blessure (ou préjudice) psychologique  
 Maladie  Exposition

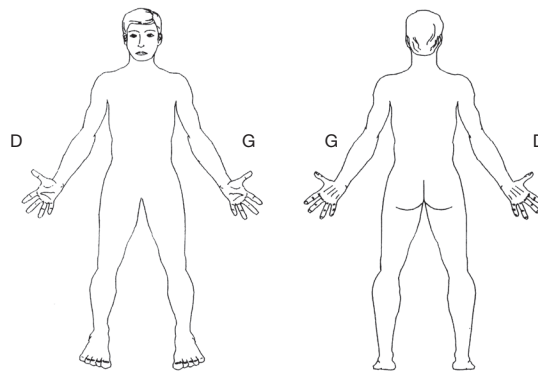
9. Comment s'est produite votre blessure ou exposition? Veuillez fournir une description aussi détaillée que possible de l'incident à l'origine de votre blessure. (Veuillez utiliser l'espace sur la dernière page si nécessaire.)

10. Où la blessure s'est-elle produite exactement en milieu de travail?

11. Quelle est la partie blessée de votre corps? (côté gauche ou droit, main, œil, dos, etc.) Veuillez également indiquer cette partie du corps dans le diagramme.

12. Décrivez tout élément d'équipement, des substances (gaz, produits chimiques, etc.), les températures extrêmes, etc., et mentionnez les autres personnes impliquées dans l'incident.

13. Est-ce qu'une personne ou un facteur extérieur à votre emploi a causé la blessure ou l'incident, ou y a contribué?



#### IMPORTANT - Veuillez indiquer les témoins.

Nom

Adresse

Téléphone (inclure l'indicatif régional)

Nom

Adresse

Téléphone (inclure l'indicatif régional)

15. Avez-vous obtenu des soins médicaux?  Oui  Non

16. Où avez-vous reçu des soins médicaux?

Quand?

MM

JJ

AAAA

Heure \_\_\_\_\_

17. Si vous avez reçu des premiers soins ou des soins médicaux, veuillez fournir les noms et coordonnées.

Premiers soins :

Nom

Téléphone (inclure l'indicatif régional)

Courriel

Soins médicaux :

Nom de l'établissement

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 3. →

Nom et prénom du travailleur :

## D – Blessures antérieures

18. Avez-vous déjà subi une blessure ou ressenti des douleurs persistantes dans cette même partie du corps?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser. Si possible, indiquez les dates.

19. Avez-vous déjà fait des demandes auprès de la WSCC, ou auprès d'une autre commission d'indemnisation des travailleurs?  Oui  Non  
Si oui, précisez les dates et la nature de la blessure.

## E – Retour au travail

### Un retour au travail sécuritaire et rapide favorise le rétablissement et la réadaptation.

20. Avez-vous discuté des options de retour au travail avec votre employeur?  Oui  Non

21. Votre employeur vous a-t-il offert des tâches modifiées ou différentes?  Oui  Non Quand?     
MM JJ AAAA  
Si oui, quelles sont ces tâches modifiées?

22. Êtes-vous retourné(e) au travail?  Oui  Non Si oui :  Tâches légères  Tâches normales Quand?     
MM JJ AAAA  
Si non, quand prévoyez-vous retourner au travail (p. ex. dans un mois, dans 2 jours, etc.)

23. Avez-vous dû vous absenter du travail en raison de cette blessure? (Remarque : Cela ne comprend pas les heures perdues à la date à laquelle la blessure est survenue.)  Oui  Non

**Si la réponse est oui**, veuillez passer à la section suivante, **F – Emploi**.

**Si la réponse est non**, veuillez passer à la dernière page et remplir la section **Attestation du travailleur** avant d'envoyer votre formulaire.

## F – Emploi

24. Quel type d'emploi occupez-vous?  A. Permanent  B. Non permanent  
Indiquez le type d'emploi « A » ou « B » (selon le cas) :

### A. Permanent

Période déterminée (plus d'un an)  Permanent à temps plein ou à temps partiel  Apprenti(e)  Personnel de relève  Autre \_\_\_\_\_

### B. Non permanent

Durée déterminée ou contrat (moins d'un an) – Date de début    Date de fin     
MM JJ AAAA MM JJ AAAA

Poste d'été pour étudiant(e)  Poste occasionnel  Apprenti(e)

Emploi saisonnier – Date de début    Date de fin     
MM JJ AAAA MM JJ AAAA

25. Travaillez-vous selon un système de rotation (quarts de travail)?  Oui  Non  
Si ce n'est pas le cas, veuillez préciser.

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 4. 

Nom et prénom du travailleur :

### G – Renseignements sur l'horaire de travail

Avant votre blessure ou incident, quel était votre horaire de travail?

26. Nombre de jours de travail \_\_\_\_\_ 27. Nombre d'heures normales par jour \_\_\_\_\_ 28. Nombre d'heures normales par rotation \_\_\_\_\_

Nombre de jours de congé \_\_\_\_\_

29. Nombre de jours dans une rotation entière. Veuillez indiquer les heures prévues sous chaque jour de travail (8 h à 17 h; 7 h à 15 h, etc.).

	Dim.	Lundi	Mardi	Mercr.	Jeudi	Vendr.	Sam.
Semaine 1							
Semaine 2							
Semaine 3							
Semaine 4							

30. Date du début de la rotation MM JJ AAAA 31. Date de fin de la rotation MM JJ AAAA

32. Les jours de déplacement sont-ils inclus dans la période de quarts de travail et de congés en rotation?  Oui  Non  
33. Recevez-vous une indemnité de déplacement?  Oui  Non  
Si oui, à combien s'élève-t-elle? \_\_\_\_\_ \$ par jour, ou \_\_\_\_\_ \$ par heure.

### H – Renseignements sur le salaire (Veuillez répondre à toutes les questions et joindre trois talons de chèque de paie récents.)

34. Quel est votre taux horaire? \_\_\_\_\_ \$/h. Quels sont vos revenus bruts annuels? \_\_\_\_\_ \$

35. Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires?  Oui  Non

Si oui, combien faites-vous d'heures supplémentaires par jour? \_\_\_\_\_

Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires régulières \_\_\_\_\_ /  jour  semaine  mois

36. Recevez-vous d'autres gains ou prestations? Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

Indemnité de congé  Indemnité d'habillement  Indemnité de vie dans le Nord  Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

37. Avez-vous un deuxième emploi? Remarque : Le fait d'occuper un autre poste auprès du même employeur est considéré comme un deuxième emploi.

Oui  Non

Si oui, vous êtes-vous absenté(e) de cet emploi en raison de votre blessure?  Oui  Non

(Si vous avez plus d'un employeur, veuillez donner la liste de tous les employeurs et leurs coordonnées.)

Nom du deuxième employeur \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource \_\_\_\_\_

Courriel de la personne-ressource \_\_\_\_\_

N° de tél. de la personne-ressource (inclure l'indicatif régional) \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le salaire (aux fins fiscales)

38. Situation de famille  
 Célibataire  Marié(e)  Union de fait  Veuf (veuve)  Divorcé(e)

39. Nombre de personnes à charge \_\_\_\_\_

40. Si vous êtes marié(e) ou en union de fait, votre conjoint(e) habite-t-il/elle dans le/la même territoire/province que vous?  Oui  Non

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 5. 

