

Questionnaire sur les microtraumatismes répétés (membres supérieurs) à l'intention du travailleur

POUR NOUS AIDER À DÉTERMINER SI VOTRE PROBLÈME EST RELIÉ AU TRAVAIL, REMPLISSEZ CE FORMULAIRE.

Numéro de dossier à la CSIT :

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse postale (inclure le code postal) :		Communauté :	Téléphone (inclure l'indicatif régional) :
Adresse résidentielle :	Date de naissance : AA	MM	JJ
		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom de l'employeur :		Occupation du travailleur :	

Questions	Réponses				
Antécédents professionnels					
1. Emploi actuel :					
2. Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?					
3. Avez-vous occupé des emplois dotés de fonctions similaires?					
4. Occupez-vous un second emploi?					
5. Votre employeur a-t-il connaissance de vos problèmes continus? Quand l'en avez-vous informé?					
6. Énumérez les activités professionnelles qui contribuent à la blessure visée par cette réclamation :					
7. Énumérez les tâches répétitives exécutées dans le cadre de votre emploi : <ul style="list-style-type: none"> • Poids associé à la tâche • Force à exercer pour exécuter la tâche • Main droite, main gauche ou les deux • Heures par jour • Heures travaillées d'affilée • Fréquence/nombre/longueur des pauses • Outils à vibration utilisés 	Tâche n° 1	Tâche n° 2	Tâche n° 3	Tâche n° 4	Tâche n° 5
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				

Questionnaire sur les microtraumatismes répétés (membres supérieurs) à l'intention du travailleur

Questions	Réponses
Antécédents professionnels (suite)	
8. Mouvements à exercer :	Torsion <input type="checkbox"/> Serrage <input type="checkbox"/> Au-dessus de l'épaule <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/>
9. Y a-t-il eu des changements récents au type ou au nombre de tâches exécutées?	
10. Avez-vous fait des heures supplémentaires ou du travail hors de l'ordinaire?	
Antécédents de la blessure	
11. Décrivez votre blessure physique, y compris les symptômes.	
12. Emplacement du ou des symptômes :	Main D G Poignet D G Cou D G Épaule D G Coude D G Avant-bras D G Doigts D G
13. Date du début des symptômes :	
14. Activités exécutées au début des symptômes :	
15. Est-ce que les symptômes changent lorsque vous n'êtes pas au travail? De quelle manière?	
16. À quel moment ces symptômes se manifestent-ils?	Au travail <input type="checkbox"/> Le soir <input type="checkbox"/>
	Immédiatement, lorsque je :
	Autre :
17. Qu'est-ce qui diminue les symptômes?	
18. Qu'est-ce qui augmente les symptômes?	

