

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 CSTIT :

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 : AAAA	MM JJ
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 :	Tâche n° 1	Tâche n° 2	Tâche n° 3	Tâche n° 4	Tâche n° 5
• Poids associé à la tâche	1.				
• Force à exercer pour exécuter la tâche	2.				
• Main droite, main gauche ou les deux	3.				
• Heures par jour	4.				
• Heures travaillées d'affilée	5.				
• Fréquence/nombre/longueur des pauses	6.				
• Outils à vibration utilisés	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 :	<table border="0"> <tr> <td>Main</td> <td>D</td> <td>G</td> <td>Poignet</td> <td>D</td> <td>G</td> <td>Cou</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>Épaule</td> <td>D</td> <td>G</td> <td>Coude</td> <td>D</td> <td>G</td> <td>Avant-bras</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>Doigts</td> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Main	D	G	Poignet	D	G	Cou	D	G	Épaule	D	G	Coude	D	G	Avant-bras	D	G	Doigts	D	G						
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?																												

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

Questions	Réponses			
Antécédents professionnels (suite)				
19. Traitements, tests ou consultations :	Médecin	Endroit	Date	Traitement/Test
20. Problèmes similaires antérieurs :				
21. Avez-vous d'autres problèmes de santé? Prenez-vous des médicaments?				
22. Êtes-vous droitier ou gaucher?	Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/>			
23. Y a-t-il des activités ou des passe-temps que vous n'êtes plus en mesure d'effectuer? Si c'est le cas, veuillez les énumérer.				
24. Est-ce que vous utilisez un ordinateur en dehors du travail?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
25. À votre avis, qu'est-ce qui a causé votre problème?	Nombre d'heures par semaine :			

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je réclame une indemnisation pour blessure ou maladie reliée au travail.

Divulgateur de renseignements – Je comprends que la CSTIT utilise les renseignements ci-dessus à mon sujet aux seules fins de faire enquête au sujet de cette réclamation. Je comprends également que, pour traiter ma demande, la CSTIT devra réunir plus de renseignements sur mon incident au travail, ainsi que mes antécédents médicaux et professionnels. Ce n'est qu'à ces fins particulières que la CSTIT peut divulguer certains de mes renseignements personnels à des employeurs, à des membres de la profession médicale et à d'autres tierces parties pertinentes.

J'autorise la CSTIT à fournir de tels renseignements à toutes les sources nécessaires et à les obtenir auprès de ces sources, ce qui comprend les dossiers d'hospitalisation, les dossiers médicaux et les relevés d'emploi.

Exactitude des renseignements – Je comprends que fournir des renseignements incomplets peut retarder le traitement de ma réclamation et que fournir de faux renseignements est illégal.

Je déclare que l'information ci-dessus est véridique et exacte. Je comprends que faire une fausse déclaration ou travailler et gagner un salaire tout en recevant des prestations sans en informer la CSTIT peut constituer une infraction criminelle.

Signature du travailleur : _____ Date : _____

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
Télec. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscn.nt.ca

ou

Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
Télec. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscn.nu.ca

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca