

Ce document est une traduction libre faite par le Bureau des programmes et services en français de la Fédération des enseignantes et enseignants de la C.-B. pour faciliter la compréhension.

Le rapport officiel de l'incident doit toujours être complété en anglais. Utilisez le lien suivant pour le compléter :

### **Le rapport du travailleur de blessures ou de maladie professionnelle à l'employeur**

L'article 53 (3) de la *Loi sur l'indemnisation des travailleurs* exige que, si le cas s'y prête pour le travailleur, et sur demande de l'employeur, il fournisse à l'employeur les détails de la blessure ou de maladie professionnelle sur un modèle de rapport établi par WorkSafeBC et qui est fourni au travailleur par l'employeur. C'est le rapport prescrit.

Si demandé par l'employeur, complétez s'il vous plaît ce rapport comme il apparaît à l'écran. Soumettre directement à l'employeur. Ne pas le soumettre à WorkSafeBC.

Ce rapport doit être rempli par le travailleur blessé, s'il est en mesure de le faire. Il peut être complété par un autre individu et signé par le travailleur blessé.

#### **Renseignements sur le travailleur**

**Numéro de réclamation WorkSafeBC**

**Numéro d'assistance clientèle**

**Nom du travailleur**

**Prénom**

**Deuxième prénom/Prénom du milieu**

**Date de naissance (aaaa-mm-jj)**

**Numéro d'assurance maladie (BC CareCard)**

**Numéro d'assurance sociale**

**Adresse ligne 1**

**Adresse ligne 2**

**Ville**

**Province / État**

**Pays (si autre que le Canada)**

**Code postal**

**Numéro de téléphone au domicile (avec l'indicatif régional)**

**Numéro de téléphone au travail (avec l'indicatif régional) / extension**

**Profession**

**Sexe**

**Renseignements sur l'employeur**

**Nom de l'organisation de l'employeur**

Type d'entreprise (s'il est connu)

Emplacement de l'organisation (s'il est connu)

Adresse ligne 1

Adresse ligne 2

**Ville**

**Province / État**

**Pays (si autre que le Canada)**

**Code postal**

**Nom de l'employeur**

**Numéro de téléphone de l'employeur (inclure le code régional) /Extension**

**Informations sur l'incident**

**1. Date et heure de l'incident (aaaa-mm-jj)**

a.m. (matin) ou à p.m.(après-midi)

**2. Période d'exposition ayant résulté sur la maladie professionnelle (aaaa-mm-jj)**

Du

Au

**3. Ma blessure ou la maladie a été signalée à mon employeur (aaaa-mm-jj) (s'il vous plaît cocher une case)**

À du matin (am) / de l'après midi (pm)

À

- Secouriste** ( First aid)
- Superviseur**
- Bureau**
- Autre** (préciser s'il vous plaît)

**4. Nom de la personne à qui la blessure a été signalée**

**5. Avez-vous reçu les premiers soins?**

Oui Non

**6. Date des premiers secours (aaaa-mm-jj)**

**7. Nom du secouriste**

**8. Êtes vous allé à l'hôpital, dans une clinique médicale, ou voir un médecin?**

Oui Non

**9. Si oui, nom du médecin ou du fournisseur (s'il est connu)**

**10. Adresse du médecin ou du fournisseur (si elle est connue)**

**11. Êtes-vous conscient de toute douleur ou une incapacité récente dans la zone de votre blessure rapportée?**

Oui Non

**Si oui, s'il vous plaît expliquer**

**12. Un équipement de protection a-t-il été utilisé?**

Oui

Non

**13. Y avait-il des témoins?**

Oui

Non

**14. Le superviseur en charge au moment de ma blessure était**

**15. Décrivez comment l'incident s'est produit**

**16. Décrivez la blessure en détail (quelle partie du corps a été blessée)**

**17. Côté du corps blessé**

Gauche Droite Les deux. Pas applicable

**Nom du travailleur**

**Prénom**

**Initiale**

**Numéro de réclamation de WorkSafeBC**

**Numéro d'assurance sociale**

**Numéro d'assurance maladie (BC CareCard)**

**18. Décrivez le lieu de l'incident de travail (adresse, ville, province) et où l'incident s'est produit (par exemple, atelier, salle à manger, parking)**

**19. Facteurs - sélectionner au moins une, et autant que nécessaire**

Portage d'une charge lb kg

Morsure animale

Surmenage

Struck

Assaut

Répétitivité (activité répétée maintes et maintes fois)

Crush

Accident de la route

Glissade/Bords coupants

Incertain / autre (veuillez expliquer ci-dessous)

Tordage

Incendie ou explosion

Chute

Substance nocive dans l'environnement de travail

20 Avez-vous ou allez vous être absent du travail au-delà de la date de blessure ou d'exposition?

Oui

Non

Signature et date du rapport

Signature du travailleur

22. Date du rapport (aaaa-mm-jj)

### **Informations supplémentaires**

L'Assemblée législative de la Colombie-Britannique fournit des conseillers impartiaux sur les questions de rémunération de tous les travailleurs. Le Bureau des conseillers du travail est indépendant et séparé de WorkSafeBC et fournit gratuitement des conseils et une assistance pour aider les travailleurs blessés avec leurs demandes. Ils ont des bureaux à travers la province et peuvent être contactés à [www.labour.gov.bc.ca/wab/](http://www.labour.gov.bc.ca/wab/) ou par téléphone à Richmond 604 713-0360, numéro sans frais 1 800 663-4261; Victoria 250 952-4393, numéro sans frais 1 800 661-4066; Kelowna 250 717-2096, sans frais 1 866 881-1188.

Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis par *WorkSafeBC* aux fins de l'administration de la demande d'indemnisation d'un travailleur conformément à la Loi sur l'indemnisation des travailleurs et la loi sur la liberté d'information et la protection de la vie privée. Pour plus d'informations sur la collecte de renseignements personnels, communiquez s'il vous plaît avec le coordonnateur de l'accès l'information de *WorkSafeBC*

PO Box 2310 Stn Terminal, Vancouver, BC, V6B3W5, ou par téléphone à 604 279-8171.