



Déclaration du membre relativement à une maladie ou à une blessure liée au travail

Santé et Sécurité au travail

Ce formulaire est destiné à documenter les blessures ou maladies physiques et/ou psychologiques spécifiques liées au travail dans le cadre de l'examen du processus de détermination pour accéder aux prestations de santé au travail.

Renseignements sur le membre

Nom de famille	Prénom	N° de SIGRH	Grade	N° de tél. au bureau (avec l'ind. rég.)	
Adresse (numéro, rue, n° d'app. ou d'unité)		Ville		Province	Code postal (A9A 9A9)
N° de tél. au domicile (avec l'ind. rég.)	Titre du poste (au moment de l'incident)	Depuis combien de temps faites-vous ce travail à la GRC?			Années de service

Renseignements sur l'employeur

Gendarmerie royale du Canada

Adresse	
N° de tél. au bureau du chef de service / superviseur (avec l'ind. rég.)	Nom du chef de service / superviseur

Dates et détails de l'accident ou de la maladie

Date de l'accident / prise de conscience de la maladie (aaaa-mm-jj)	Heure de l'accident / prise de conscience de la maladie (hh:mm)	Nom de la personne à qui vous avez signalé l'accident / la maladie
Titre du poste de la personne à qui vous avez signalé l'accident / la maladie		N° de tél. de la personne à qui vous avez signalé l'accident / la maladie (avec l'ind. rég.)

Zone de la blessure

<input type="checkbox"/> Têtes	<input type="checkbox"/> Cerveau	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Dents
<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Haut du dos	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Épaule gauche
<input type="checkbox"/> Épaule droite	<input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> Bras droit	<input type="checkbox"/> Coude gauche	<input type="checkbox"/> Coude droit	<input type="checkbox"/> Avant-bras gauche	<input type="checkbox"/> Avant-bras droit
<input type="checkbox"/> Poignet gauche	<input type="checkbox"/> Poignet droit	<input type="checkbox"/> Main gauche	<input type="checkbox"/> Main droite	<input type="checkbox"/> Doigts gauches	<input type="checkbox"/> Doigts droits	<input type="checkbox"/> Hanche gauche
<input type="checkbox"/> Hanche droite	<input type="checkbox"/> Cuisse gauche	<input type="checkbox"/> Cuisse droite	<input type="checkbox"/> Genou gauche	<input type="checkbox"/> Genou droite	<input type="checkbox"/> Jambe inférieure gauche	<input type="checkbox"/> Jambe inférieure droite
<input type="checkbox"/> Cheville gauche	<input type="checkbox"/> Cheville droite	<input type="checkbox"/> Pied gauche	<input type="checkbox"/> Pied droit	<input type="checkbox"/> Orteils gauches	<input type="checkbox"/> Orteils droits	<input type="checkbox"/> Autre

préciser :

Quelle est votre main dominante? <input type="radio"/> Gaucher <input type="radio"/> Droitier	L'accident est-il survenu / la maladie a-t-elle été contractée sur les terrains de la GRC? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non précisez le lieu :
--	--

Si la blessure ou la maladie est soudaine, décrivez-la et expliquez comment elle s'est produite (p. ex. Je me suis foulé la cheville gauche en glissant sur un plancher mouillé) ou, si la blessure ou la maladie est apparue de façon progressive (par exemple, effort physique répété ou stress mental) décrivez la blessure ou la maladie, le travail que vous faites et ce qui a, selon vous, causé la blessure ou votre état de santé. Veuillez inclure tout renseignement supplémentaire à la fin du présent formulaire.

Déclaration du membre relativement à une maladie ou à une blessure liée au travail

Protégé B
une fois rempli

Santé et Sécurité au travail

Nom de famille du membre	Prénom du membre	N° de SIGRH
--------------------------	------------------	-------------

Quand avez-vous commencé à éprouver des problèmes liés à la blessure ou à la maladie?

Avez-vous déjà eu une blessure à cette partie ou à ces parties du corps? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Avez-vous déjà subi une blessure à cette partie du corps au travail? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
---	---

Si vous n'avez pas signalé la blessure ou la maladie tout de suite à votre superviseur, veuillez expliquer pourquoi.

S'il y a eu des témoins de l'accident, ou si vous avez fait part de la douleur ou des problèmes que vous éprouvez à votre superviseur ou à des collègues, veuillez inscrire les noms et postes de ces personnes ci-dessous.

Nom du témoin 1	Poste du témoin 1	N° de tél. du témoin 1 (avec l'ind. rég.)
Nom du témoin 2	Poste du témoin 2	N° de tél. du témoin 2 (avec l'ind. rég.)

Renseignements médicaux

Avez-vous reçu les premiers soins ou d'autres types de soins au travail? Oui Non

Nom de la personne de qui vous avez obtenu les premiers soins ou d'autres soins au travail	Date d'obtention des premiers soins ou d'autres soins au travail (aaaa-mm-jj)
--	---

Des répartiteurs aux urgences médicales ou des ambulanciers ont-ils été appelés? Oui Non

Nom et adresse de l'établissement / hôpital où vous avez obtenu des soins de santé pour votre blessure, à l'extérieur du travail	Date de la visite de l'établissement / hôpital (aaaa-mm-jj)
--	---

Où avez-vous reçu des soins de santé pour votre blessure, à l'extérieur du travail? (cochez tout ce qui s'applique)

<input type="checkbox"/> Poste de soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Service des urgences	<input type="checkbox"/> Admission à l'hôpital
<input type="checkbox"/> Bureau d'un professionnel de la santé	<input type="checkbox"/> Clinique médicale, centre de soins d'urgence	<input type="checkbox"/> Clinique dentaire
<input type="checkbox"/> Autre précisez :		

Vous a-t-on prescrit des médicaments? Oui Non

Vous a-t-on prescrit d'autres traitements ou examens? Oui Non

Avez-vous informé votre superviseur que vous avez reçu un traitement médical? Oui Non

Si vous n'avez pas informé votre superviseur que vous avez reçu un traitement médical, veuillez le faire immédiatement.

Nom du superviseur à qui vous avez indiqué que vous aviez reçu un traitement médical	Date où vous l'en avez informé (aaaa-mm-jj)
--	---

Information complémentaires

Ajouter des informations supplémentaires ci-dessous

**Déclaration du membre relativement à une maladie ou
à une blessure liée au travail**
Santé et Sécurité au travail

Protégé B
une fois rempli

Nom de famille du membre	Prénom du membre	N° de SIGRH
--------------------------	------------------	-------------

Déclarations et présentation

Les renseignements sont recueillis par les Services de santé au travail de la Gendarmerie royale du Canada aux fins de l'application des programmes de santé au travail conformément à la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada* et au *Règlement de la GRC, 2014*. Ces renseignements sont recueillis et seront conservés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. L'information sera conservée conformément aux dispositions relatives au Fichier de renseignements personnels PPE 808.

J'atteste que tous les renseignements que j'ai fournis sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts.

Nom de la personne qui présente le formulaire	Date (aaaa-mm-jj)
---	-------------------