



Accident du travail (déclaration initiale)

Niveau : Responsable locale

NOM :	PRÉNOM :
Matricule :	Quart de travail <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit
Titre d'emploi :	T. complet : <input type="checkbox"/> Partiel : <input type="checkbox"/> /28
Superviseur :	
Établissement :	
Centre d'activités (département/unité/service) :	
Actuellement en assignation (remplacement) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, où ? :	
DATE :	TÉL. :
Conseiller au dossier : <input type="checkbox"/> Francis Gilbert <input type="checkbox"/> Liudmila Sempered <input type="checkbox"/> Mathieu Riendeau	

<p>1. Est-ce que la membre a rempli le formulaire de déclaration d'accident de la CSST ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON *** Si non, imprimer le formulaire disponible en ligne au http://www.csst.qc.ca/formulaires/Documents/1939web.pdf et remplir avec la membre.</p>
<p>2. Est-ce que la membre a été vu par un médecin ? Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : _____ *** Mentionner à la membre qu'il est impératif qu'elle voit un médecin dans les plus brefs délais.</p>
<p>3. Est-ce que le médecin a rempli le formulaire de déclaration initiale de la CSST ? Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON : _____</p>
<p>4. Est-ce que la membre a acheminé le document de déclaration initiale de la CSST au Bureau de santé du CSSS Laval ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ***Acheminer les informations en mains propres ou par télécopieur au Bureau de santé du CSSSL au (450) 978-8627.</p>
<p>Joindre au présent document une copie de tous les documents en lien avec l'accident du travail.</p>

