

**CONFIDENTIALITÉ** : Ce document est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. L'information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire visé ou la personne chargée de le remettre à son destinataire, vous êtes, par la présente, avisé que toute lecture, usage, copie ou communication du contenu de ce document est strictement interdit. De plus, vous êtes prié de communiquer avec l'expéditeur sans délai ou d'écrire à [confidentialite@bnc.ca](mailto:confidentialite@bnc.ca) et de détruire ce document immédiatement.

**CONFIDENTIALITY**: This document is intended solely for the individual or entity to whom it is addressed. The information contained in this document is legally privileged and confidential. If you are not the intended recipient or the person responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby advised that you are strictly prohibited from reading, using, copying or disseminating the contents of this document. Please inform the sender immediately or write to [confidentiality@bnc.ca](mailto:confidentiality@bnc.ca) and delete this document immediately.

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_ Sexe :  H  F**DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE**

**Afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande, veuillez répondre à toutes les questions en donnant le plus de précisions possible.**

**A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

1. Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_  
N° de téléphone (domicile) \_\_\_\_\_ N° de téléphone (autre) \_\_\_\_\_
2. Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin de famille :  
Prénom et nom de votre médecin de famille \_\_\_\_\_ N° de téléphone de votre médecin de famille \_\_\_\_\_  
Adresse de votre médecin de famille (n° civique, rue, ville, province, code postal) \_\_\_\_\_
- a) Depuis quand est-il votre médecin de famille (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_
3. Veuillez indiquer si vous êtes  droitier ou  gaucher.
4. Faites-vous présentement usage de tabac ou de marijuana ou encore de produits de remplacement de la nicotine sous quelque forme que ce soit ?  
 Non  Oui Si oui, précisez :  tabac  marijuana  produits de remplacement de la nicotine
- a) Dans la négative, en avez-vous déjà fait usage ?  
 Non  Oui Si oui, précisez :  tabac  marijuana  produits de remplacement de la nicotine  
Précisez la date à laquelle vous avez cessé d'en faire usage (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

**B. RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE**

5. Avez-vous arrêté de travailler en raison :  d'une maladie  d'un accident
- a) S'il s'agit d'un accident, veuillez préciser les éléments suivants :  
Où : \_\_\_\_\_  
Quand (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_  
Comment (description) : \_\_\_\_\_
- b) Avez-vous soumis une demande de règlement auprès de :  
 Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST)  Régime des rentes du Québec (RRQ)  Assurance-emploi (A.-E.)  
 Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)  Régime de pension du Canada (RPC)  
 Autre organisme gouvernemental, précisez : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme
- Autre assureur / assurance salaire, précisez :  
Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ N° de votre dossier \_\_\_\_\_  
Prénom et nom de la personne responsable \_\_\_\_\_ Coordonnées de la personne responsable \_\_\_\_\_

6. Veuillez décrire tous les symptômes ressentis (intensité, fréquence, durée, moment de la journée) :

a) À partir de quelle date ces symptômes sont-ils apparus ? (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_

7. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à ce sujet ? (AAAA MM JJ) \_\_\_\_\_

8. Nom, adresse et numéro de téléphone de tous les médecins consultés à ce sujet ainsi que les dates des consultations :

9. Veuillez préciser les traitements reçus :

10. Veuillez préciser les examens passés ainsi que les dates et résultats. Joindre les copies des résultats si disponibles, les copies de consultation avec les médecins spécialistes et tout autre document pertinent :

11. Prenez-vous des médicaments (reliés à la condition actuelle ou pas) ?  Non  Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom des médicaments, la posologie et depuis quand vous les prenez :

12. Date du dernier jour travaillé à cause de votre maladie, blessure ou accident (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

13. Avez-vous été hospitalisé ?  Non  Oui

Si oui, précisez : Date d'entrée (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_ Date de sortie (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

a)

Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital (n° civique, rue, ville, province, code postal)

14. Décrivez vos activités quotidiennes **avant** votre arrêt de travail :

15. Décrivez vos activités quotidiennes **depuis** votre arrêt de travail :

16. Avez-vous déjà eu une maladie ou été victime d'une blessure de la même nature ou d'une nature semblable ?  Non  Oui

a) Dans l'affirmative, veuillez détailler en incluant les dates ainsi que les noms, adresses et numéros de téléphone des médecins consultés :

17. Connaissez-vous la date prévue de votre retour au travail ?  Non  Oui

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

### C. RENSEIGNEMENTS SUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

18. Veuillez énumérer tous professionnels de la santé (dont les médecins de famille, les spécialistes, les chiropraticiens, les physiothérapeutes, les psychologues, etc.) que vous avez consultés et qui vous ont traité durant les **cinq (5) dernières années, en commençant par le dernier. Nous mentionner toutes les raisons des consultations qu'elles soient en lien ou non avec votre condition actuelle. Si vous n'avez consulté aucun professionnel, veuillez l'indiquer.** (Si l'espace ci-dessous est insuffisant, veuillez joindre une autre feuille, la dater et la signer.)

Noms, adresses, numéros de téléphone et de télécopieur du médecin ou autres professionnels de la santé	Dates de consultation ou de traitement (AAAA MM JJ)	Raison de la consultation	Traitements reçus (médicaments, physio, chiro, repos, chirurgie)

## D. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ACTUEL

Si vous êtes travailleur autonome, passez à la section E et répondez ensuite à toutes les questions du formulaire « Déclaration de l'employeur ou du travailleur autonome » (f.29548-501).

19. Date d'embauche (AAAA MM JJ) : \_\_\_\_\_

20. Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse (n° civique, rue, ville, province, code postal)

N° de téléphone

N° de télécopieur

Prénom et nom de la personne ressource

21. Occupation (titre du poste) : \_\_\_\_\_

22. Veuillez décrire les principales tâches de votre emploi :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a) Êtes-vous en mesure de reprendre certaines des tâches mentionnées ci-dessus ?  Non  Oui

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Veuillez indiquer le pourcentage des tâches qui demandent : un effort physique \_\_\_\_\_ des tâches administratives \_\_\_\_\_

a) Indiquez combien de fois par jour sont posés les actes suivants :

SOULÈVEMENT (y compris l'action de pousser ou de tirer tout en restant sur place)

1 - 10 lb (0,5 à 4,5 kg) : \_\_\_\_\_

10,1 - 25 lb (4,6 à 11,3 kg) : \_\_\_\_\_

25,1 - 50 lb (11,4 à 22,7 kg) : \_\_\_\_\_

50,1 lb ou plus (22,8 kg ou plus) : \_\_\_\_\_

PORT (y compris l'action de pousser ou de tirer en marchant)

1 - 10 lb (0,5 à 4,5 kg) : \_\_\_\_\_

10,1 - 25 lb (4,6 à 11,3 kg) : \_\_\_\_\_

25,1 - 50 lb (11,4 à 22,7 kg) : \_\_\_\_\_

50,1 lb ou plus (22,8 kg ou plus) : \_\_\_\_\_

b) Indiquez la fréquence de temps consacrée à chaque action dans une journée :

Occasionnellement (O) : 0-15 % du temps / Fréquemment (F) : 16-50 % du temps / Continuellement (C) : 51 % du temps et plus

O/F/C

\_\_\_\_\_ S'asseoir

\_\_\_\_\_ Se tenir debout

\_\_\_\_\_ Marcher

\_\_\_\_\_ Marcher en terrain accidenté ou glissant

\_\_\_\_\_ S'accroupir

\_\_\_\_\_ S'agenouiller

\_\_\_\_\_ Grimper (échelles)

\_\_\_\_\_ Subir des vibrations

\_\_\_\_\_ Se pencher

O/F/C

\_\_\_\_\_ Travailler avec d'autres

\_\_\_\_\_ Dextérité des doigts

\_\_\_\_\_ S'étendre pour saisir un objet **au-dessous** des épaules

\_\_\_\_\_ S'étendre pour saisir un objet **au-dessus** des épaules

\_\_\_\_\_ À l'extérieur

\_\_\_\_\_ À l'intérieur

\_\_\_\_\_ Environnement humide

\_\_\_\_\_ Froid ou chaleur extrême

\_\_\_\_\_ Fumées toxiques

## E. SCOLARITÉ ET EXPÉRIENCE

24. Précisez votre dernier niveau de scolarité complété : \_\_\_\_\_

25. Précisez vos expériences de travail :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je, soussigné(e), certifie que les déclarations faites dans ce document sont complètes et véridiques.

\_\_\_\_\_

Date (AAAA MM JJ)

\_\_\_\_\_

Signature

Prrière de signer et de dater tout document que vous annexerez.

NOTE : Les frais pour remplir les formulaires du médecin sont à votre charge.