

ACTIVITÉ #3



Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements. Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Si vous signalez une blessure ou une maladie liée à une perte d'audition due au bruit, veuillez plutôt remplir le [Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail](#).

Avez-vous été avisé de la blessure ou maladie dans les trois jours précédant ce rapport? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'employé a-t-il été avisé de son droit de présenter une demande de prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'employé a-t-il l'intention de présenter une demande de prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

1. Renseignements sur l'employé

Nom de famille de l'employé		Prénom de l'employé	
Numéro et rue		Numéro d'appartement	
Ville / Village	Code postal	Province	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (cellulaire)	Numéro de téléphone (travail / autre)	
Profession		Numéro d'assurance sociale	

2. Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur	Numéro de l'employeur de Travail sécuritaire NB	Numéro d'activité	
Numéro et rue, ou case postale			
Ville / Village	Code postal	Province	Numéro de télécopieur (y compris l'indicatif régional)
Personne-ressource chez l'employeur		Titre de poste	
Courriel de la personne-ressource	Numéro de téléphone de la personne-ressource (travail)	Numéro de téléphone de la personne-ressource (cellulaire / autre)	

3. Blessure ou maladie

Qu'est-ce qui a causé la blessure ou maladie?
<input type="checkbox"/> Un incident précis a causé la blessure ou maladie (date : _____, heure : _____)
<input type="checkbox"/> La blessure ou maladie est survenue sur une période (date à laquelle vous avez remarqué les symptômes pour la première fois : _____)
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une réapparition d'une blessure ou d'une maladie antérieure liée au travail (ancien numéro de réclamation : _____)
<small>Une réapparition est une blessure ou une maladie qui réapparaît et pour laquelle le travailleur a déjà reçu des prestations de Travail sécuritaire NB (traitements ou remplacement du salaire). Il ne s'agit pas d'un nouvel accident ou d'une nouvelle blessure, mais plutôt d'une poussée ou d'une réapparition.</small>

Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

Date à laquelle vous avez été avisé de la blessure ou maladie (aaaa-mm-jj)	Heure	Nom de la personne au lieu de travail qui a été avisée
L'employé s'est-il absenté du travail après le jour de l'accident en raison de sa blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux	
La blessure ou maladie est-elle survenue sur les lieux de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, où est-elle survenue (par exemple, dans le restaurant d'un hôtel, le stationnement d'un magasin)?		
La blessure ou maladie est-elle survenue au Nouveau-Brunswick? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, dans quelle province (ou état) est-elle survenue?		
Décrivez le type de blessure ou maladie (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :		
<input type="checkbox"/> Accident mortel <input type="checkbox"/> Blessure traumatique psychologique (par exemple, syndrome de stress post-traumatique, stress, anxiété) <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Crise cardiaque / Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Blessure liée à un travail répétitif <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Perte d'audition soudaine* <input type="checkbox"/> Hernie <input type="checkbox"/> Amputation (bras / jambe) <input type="checkbox"/> Amputation (doigt / orteil) <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Blessure des tissus mous (foulure, entorse, contusion) <input type="checkbox"/> Blessure à la tête <input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Lacération / Coupure / Éraflure <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Plaie punctiforme <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Blessure à un œil <input type="checkbox"/> Blessure aux dents <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez expliquer.) :
L'employé a-t-il obtenu des soins médicaux d'un professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Nom du professionnel de la santé (médecin, infirmier, physiothérapeute, etc.) :		
Nom de l'établissement (hôpital, clinique, etc.) :		
Date de la consultation :		
L'employé a-t-il été hospitalisé pour la nuit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Décrivez en détail l'accident, y compris ce qui pourrait avoir contribué à votre blessure ou maladie, OU BIEN joignez votre avis d'incident. (S'il s'agit d'une réapparition, décrivez les circonstances de la poussée.)		

L'incident impliquait-il un accident de véhicule à moteur?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'incident comprenait-il un glissement ou une chute dans un stationnement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'incident est-il survenu sur les lieux d'un client?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'incident impliquait-il un animal (par exemple, une morsure)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

4. Tâches de travail

Les employeurs du Nouveau-Brunswick sont tenus par la loi d'offrir du travail modifié à leurs employés dès que possible. Le travail modifié appuie leur rétablissement.

<p>Avez-vous offert un travail modifié à votre employé (différentes tâches, heures réduites, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p>Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)</p>	<p>L'employé est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj)</p> <p><input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> Toutes ses tâches</p> <p><input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Tâches modifiées</p>
---	---

5. Heures de travail et salaire

Ne remplissez cette section **que si l'employé s'est absenté du travail** en raison de sa blessure ou maladie.

Votre employé doit fournir des talons de chèques de paie ou autre preuve acceptable de revenu pour les **quatre semaines qui précèdent immédiatement son arrêt de travail.**

<p>Dernière date à laquelle l'employé a travaillé (aaaa-mm-jj)</p>	<p>A-t-il été payé pour la pleine journée?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, pour combien d'heures a-t-il été payé?</p>	<p>L'employé est-il retourné au travail de façon temporaire?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez la (les) date(s).</p>														
<p>Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)</p>	<p>Fréquence de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel</p> <p>Si l'employé est saisonnier ou occasionnel, donnez la date du début de l'emploi : et la date prévue de la fin de l'emploi :</p>															
<p>Type de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire-exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> Sous-traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur à la pièce (payé en fonction de la quantité produite / des services rendus)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p>	<p>L'employé travaille-t-il les mêmes jours chaque semaine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez le nombre d'heures travaillées chaque jour de la semaine, par exemple, 7,5 heures.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Lun.</th> <th>Mar.</th> <th>Mer.</th> <th>Jeu.</th> <th>Ven.</th> <th>Sam.</th> <th>Dim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Si non, nombre moyen d'heures par jour :</p> <p>Si non, nombre moyen de jours par semaine :</p>		Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.							
Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.										
<p>Si l'employé est au service de l'entreprise depuis moins de 12 mois, indiquez ses gains bruts pour la période avant l'interruption de travail. (du au)</p>																
<p>Gains bruts par semaine (y compris les heures supplémentaires). Si ses gains varient, indiquez la moyenne pour les quatre dernières semaines.</p>																
<p>Gains bruts pour la période de 12 mois précédant immédiatement l'interruption de travail :</p>		<p>Taux horaire :</p>														

L'employé réclame-t-il l'exemption pour personne mariée sur le formulaire TD1 auprès des services de la feuille de paie? Oui Non

Avez-vous versé un remplacement du salaire (congé de maladie, vacances, etc.) à l'employé depuis la date de sa blessure ou maladie? Oui Non

Si oui, veuillez donner des détails.

6. Déclaration et consentement

Avez-vous une objection à ce que votre employé reçoive des prestations d'indemnisation pour sa blessure ou maladie? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer (maximum de 2 000 caractères). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

- Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à l'emploi que l'employé touche, à ma connaissance, pendant qu'il reçoit des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur la demande de prestations du travailleur.
- J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à ce rapport, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de la vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Nom	Signature* (représentant de l'employeur)	Date (aaaa-mm-jj)
-----	--	-------------------

*Votre employé ne signe pas ce formulaire. S'il choisit de faire la demande de prestations d'indemnisation, il doit remplir la *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs*. Les formulaires de l'employeur et du travailleur sont nécessaires pour traiter une demande d'indemnisation.

7. Transmission

Présentez ce rapport par le biais de votre dossier sécurisé Mes services. Le portail de Mes services vous permet aussi d'obtenir des certificats d'employeur en règle; de déclarer vos salaires annuels (*Formulaire 100*) ou vos salaires mensuels (Cotisation mensuelle selon les salaires réels); et encore plus. [Apprenez-en plus](#).

Pour transmettre votre rapport par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie » dans la ligne de mention objet et adressez-le à application-demande@ws-ts.nb.ca.

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer ce rapport par la poste ou par télécopie.

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9

Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722

Remplissez ce formulaire si un employé subit une blessure ou une maladie liée au travail. Vous devez envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB **dans un délai de trois jours** après l'une des dates suivantes : la date de l'accident si la blessure ou la maladie pourrait donner droit à l'employé ou à une (des) personne(s) à sa charge à des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick; la date à laquelle la maladie professionnelle a été diagnostiquée chez l'employé; ou la date à laquelle l'employé vous a avisé de l'accident / la blessure ou de la maladie.

VOUS SIGNALEZ UNE BLESSURE OU MALADIE LIÉE À UNE PERTE D'AUDITION? Les réclamations pour perte d'audition liée au travail exigent des renseignements additionnels qui aideront Travail sécuritaire NB à déterminer si la perte d'audition est admissible à une protection en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick. Si vous signalez une blessure ou une maladie liée à une perte d'audition, veuillez plutôt remplir le [Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail](#). Exception : Si la perte d'audition de votre employé découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez continuer de remplir le Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie. En vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, veuillez prendre note que vous devez signaler sans délai toute explosion accidentelle à un lieu de travail.

Exigences supplémentaires en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*

Vous devez aviser sans délai Travail sécuritaire NB si un accident provoque une perte de connaissance, une amputation, une fracture (autre qu'aux doigts ou aux orteils), une brûlure qui nécessite des soins médicaux, une perte de vision d'un œil ou des deux yeux, une laceration profonde, une hospitalisation ou un décès. Pour déclarer ces blessures, téléphonez immédiatement au **1 800 999-9775**. Apprenez-en plus sur vos obligations en vertu de la *Loi* en consultant le [Guide sur la législation en matière d'hygiène et de sécurité au travail](#) (site Web ou application).

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements. Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Veuillez vous assurer d'avoir en main :

- Date à laquelle votre employé vous a avisé de l'accident / la blessure ou de la maladie
- Détails de l'accident / la blessure ou de la maladie, y compris la date et le lieu
- Date du début de tout travail modifié (heures réduites, changement au niveau des tâches, etc.), si cela s'applique
- Détails des gains de l'employé, si la blessure ou la maladie a entraîné une interruption de travail
- Détails des heures de travail de l'employé, si la blessure ou la maladie a entraîné une interruption de travail

Remarque : Votre employé ne signe pas ce rapport. Il doit remplir la [Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs](#) s'il choisit de faire la demande de prestations pour perte de salaire, pour soins médicaux ou les deux. **Les formulaires de l'employeur et du travailleur sont nécessaires pour traiter une demande d'indemnisation de Travail sécuritaire NB.**

Le rétablissement à la suite d'une blessure ou d'une maladie liée au travail exige un travail d'équipe. L'employeur, l'employé, Travail sécuritaire NB et les fournisseurs de soins de santé jouent tous un rôle pour assurer un rétablissement efficace.

Maintenez un lien avec votre employé

Le travail est bon. Il permet à l'employé d'avoir un lien social et lui donne un but à atteindre, qui contribuent à leur tour à sa santé et à son mieux-être physiques et mentaux. Des preuves démontrent que le travail aide aussi à accélérer le rétablissement. Pour appuyer les employés pendant leur rétablissement, l'employeur, des fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes feront tous les efforts possibles pour permettre aux employés de maintenir un lien avec leur lieu de travail.

- **L'employeur** doit garder le contact avec ses employés tout au long du processus de rétablissement pour leur permettre de maintenir leur lien avec le lieu de travail; leur offrir des tâches modifiées utiles et productives ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de leurs aptitudes; assurer que leurs superviseurs et collègues les soutiennent pendant leur rétablissement; et collaborer avec toutes les parties associées à leur retour au travail. Ces obligations s'appliquent à tous les employeurs de la province, peu importe la taille de l'entreprise, son industrie ou son profil des risques.
- **L'employé** doit garder le contact avec son employeur et Travail sécuritaire NB tout au long du processus de rétablissement; collaborer avec l'employeur pour trouver des travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de ses aptitudes; et collaborer avec Travail sécuritaire NB, y compris fournir les renseignements nécessaires.
- Le **médecin** offre des soins médicaux rapides; présente des rapports à Travail sécuritaire NB; aide à établir les attentes pour les travailleurs; et facilite les efforts en vue d'un retour au travail à l'aide d'une communication efficace et d'une collaboration avec toutes les parties associées au retour au travail.
- **Travail sécuritaire NB** administre les soins de santé et le remplacement du salaire; coordonne et surveille les soins de santé et services de réadaptation nécessaires; aide à élaborer, à gérer et à surveiller le plan de retour au travail; et aide à établir les attentes pour les travailleurs et les employeurs.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter travailsecuritairenbc.ca/employeurs. Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).