

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.

Voici les renseignements dont vous aurez besoin :

- 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

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 ce faire, vous pouvez **téléphoner 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).

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.

Maintenir un lien avec le travail

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 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 travailsecuritairenb.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).

Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou lecteur 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.

Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou lecteur 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.

Date du rapport (aaaa-mm-jj)

1. Rapport

Avez-vous été avisé de la blessure ou maladie dans les trois jours précédant ce rapport? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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 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		
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		

2. Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur	Numéro de l'employeur	Numéro d'activité
Numéro et rue, ou case postale		
Ville / Village	Code postal	Numéro de télécopieur
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. Renseignements sur l'employé

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

4. 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 : _____)		
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	Adresse / Emplacement du lieu de travail où l'accident / la blessure ou la maladie est survenu
Décrivez en détail l'accident, y compris ce qui pourrait avoir contribué à la blessure ou maladie, OU joignez votre rapport d'incident.		
L'employé a-t-il reçu des soins médicaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		Si oui, indiquez le nom du fournisseur de soins de santé ou de l'hôpital / de la clinique : _____ Date de la consultation : (aaaa-mm-jj)

5. 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.

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

6. 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.

Dernière date à laquelle l'employé a travaillé (aaaa-mm-jj)	A-t-il été payé pour la pleine journée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'employé est-il retourné au travail de façon temporaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la (les) date(s).
Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)	Fréquence de travail <input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel 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 : _____	

Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

<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 les heures travaillées chaque jour de la semaine.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">Lun.</th> <th style="width: 12.5%;">Mar.</th> <th style="width: 12.5%;">Mer.</th> <th style="width: 12.5%;">Jeu.</th> <th style="width: 12.5%;">Ven.</th> <th style="width: 12.5%;">Sam.</th> <th style="width: 12.5%;">Dim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <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 : Taux horaire :</p>															
<p>L'employé réclame-t-il l'exemption pour personne mariée sur le formulaire TD1 auprès des services de la feuille de paie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>															
<p>Avez-vous versé un remplacement du salaire (congé de maladie, vacances, etc.) à l'employé depuis la date de sa blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>															
<p>Si oui, veuillez donner des détails.</p>															

7. Déclaration et consentement

<p>Avez-vous une objection à ce que votre employé reçoive des prestations d'indemnisation pour sa blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Si oui, veuillez expliquer. (Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.)</p>

Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie

- 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	Date (aaaa-mm-jj)
-----	-----------	-------------------

8. Transmission

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 votre *Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie* 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