

# Questionnaire sur les microtraumatismes répétés à l'intention de l'employeur

Numéro de dossier à la CSIT :

## Renseignements sur le travailleur

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse postale (inclure le code postal) :		Communauté :	Téléphone (inclure l'indicatif régional) :
Adresse résidentielle :	Date de naissance : AA	MM	JJ
		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom de l'employeur :		Occupation du travailleur :	

### Introduction

La CSIT a reçu une demande d'indemnisation pour microtraumatismes répétés de la part de votre employé. Cela peut constituer un problème progressif. Comme il ne s'agit pas d'une blessure directe, nous devons déterminer si elle est reliée au travail ou non.

Questions	Réponses							
<b>1. Décrivez brièvement les principales fonctions de cet emploi :</b>								
<b>2. Veuillez décrire l'aménagement du milieu de travail, y compris l'emplacement des meubles, outils fixes, etc., utilisés par le travailleur.</b>								
<b>3. Le milieu de travail est-il doté d'une température chaude, froide ou normale pour une pièce?</b>	Chaud <input type="checkbox"/>	Froid <input type="checkbox"/>	Normale pour une pièce <input type="checkbox"/>					
<b>4. Tâches répétitives associées à l'emploi du travailleur : (À préciser dans le tableau)</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids associé à la tâche</li> <li>• Force à exercer pour exécuter la tâche</li> <li>• Main droite, main gauche ou les deux</li> <li>• Heures par jour</li> <li>• Heures travaillées d'affilée</li> <li>• Fréquence/nombre/longueur des pauses</li> <li>• Outils à vibration utilisés</li> </ul>	<b>Tâche</b>	<b>Poids</b>	<b>Force</b>	<b>D/G/les deux</b>	<b>Heures/Jour</b>	<b>Heures d'affilée</b>	<b>Pauses</b>	<b>Outils à vibration</b>
	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
	6.							
	7.							
<b>5. Est-ce que ces mouvements exigent de la torsion; du serrage; du travail au-dessus de l'épaule; de la préhension? (Encercler et associez le(s) mouvement(s) au numéro de tâche ci-dessus.)</b>	Torsion <input type="checkbox"/>	Serrage <input type="checkbox"/>						
	Au-dessus de l'épaule <input type="checkbox"/>	Préhension <input type="checkbox"/>						
	Outils/équipement à vibration <input type="checkbox"/> (précisez) : _____							
	Déposer de petits objets <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (précisez) : _____							

