

GUIDE DE RÉFÉRENCE





Formulaire 7 – Rapport de l’employeur pour blessure ou maladie professionnelle

Le présent guide a été créé pour aider les employeurs à remplir le formulaire 7

Formulaire 7		
Question du champ du formulaire	Type de réponse	Description des informations demandées
<i>Numéro de réclamation de WorkSafeBC</i>	Alpha/numérique	Il s’agit du numéro de réclamation attribué et fourni au travailleur blessé au moment de la réception du rapport de blessures par WorkSafeBC.
<i>Nom de l’employeur (tel qu’il est enregistré auprès de WorkSafeBC)</i>	Texte/numérique	Le nom EXACT de l’entreprise de l’employeur tel qu’il est enregistré auprès de WorkSafeBC.
<i>Type d’entreprise</i>	Texte	Ce champ renvoie à la nature de votre entreprise (p. ex., exploitation forestière, vente au détail, secteur hospitalier, etc.).
<i>Numéro de compte de WorkSafeBC</i>	Numérique	Le numéro de compte avec lequel vous êtes enregistré auprès de WorkSafeBC. Il s’appelait autrefois « numéro d’entreprise ».
<i>Numéro de l’unité de classification</i>	Numérique	Le numéro de l’unité de classification représente le secteur particulier dans lequel votre entreprise est en exploitation et il est à la base du taux d’évaluation attribué.
<i>Numéro du lieu d’exploitation</i>	Numérique	Le lieu d’exploitation où la blessure s’est produite.
<i>Ligne 1 de l’adresse postale de l’employeur</i>	Texte/numérique	L’adresse pour recevoir la correspondance concernant cette réclamation.
<i>Ligne 2 de l’adresse postale de l’employeur</i>	Texte/numérique	Autre ligne de l’adresse postale, au besoin.
<i>Ville</i>	Texte	Ville correspondant à l’adresse postale fournie.
<i>Province/État</i>	Texte	Province ou État dans lesquels l’adresse postale est située.
<i>Code postal/zip</i>	Texte/numérique	Code postal ou zip correspondant à l’adresse postale de l’employeur.
<i>Pays (autre que le Canada)</i>	Texte	Ce champ ne doit être rempli que si l’adresse postale de l’employeur est à l’extérieur du Canada.
<i>Nom de famille de la personne-ressource de l’employeur</i>	Texte	Il s’agit du nom de la PRINCIPALE personne de votre entreprise avec laquelle WorkSafeBC devrait traiter concernant cette réclamation.
<i>Prénom</i>	Texte	Comme ci-dessus.
<i>Téléphone de la personne-ressource de l’employeur (et indicatif régional)</i>	Numérique	Téléphone d’affaires de la personne ci-dessus.
<i>Poste</i>	Numérique	Poste du téléphone d’affaires ci-dessus, le cas échéant.
<i>Télécopieur de la personne-ressource de l’employeur (et indicatif régional)</i>	Numérique	Numéro de télécopieur de la personne ci-dessus.
<i>Nom de famille de la personne-ressource du service de la paie de l’employeur</i>	Texte	Nom de la personne avec laquelle WorkSafeBC peut communiquer concernant les questions sur les revenus du travailleur blessé.
<i>Prénom</i>	Texte	Comme ci-dessus.
<i>Téléphone de la personne-ressource du service de la paie de l’employeur (et indicatif régional)</i>	Numérique	Téléphone d’affaires de la personne ci-dessus.
<i>Poste</i>	Numérique	Poste du téléphone d’affaires ci-dessus, le cas échéant.
<i>Télécopieur de la personne-ressource du service de la paie de l’employeur (et indicatif régional)</i>	Numérique	Numéro de télécopieur de la personne ci-dessus.
<i>Nom de famille du travailleur</i>	Texte	Nom du travailleur blessé.
<i>Prénom</i>	Texte	Prénom du travailleur blessé.
<i>Initiale du deuxième prénom</i>	Texte	Initiale du deuxième prénom du travailleur blessé.
<i>Sexe</i>	Case à cocher (x)	Choisissez M ou F.
<i>Date de naissance</i>	Numérique	Date de naissance du travailleur blessé.
<i>Numéro de téléphone à domicile (et indicatif régional)</i>	Numérique	Numéro de téléphone à domicile du travailleur blessé.
<i>Numéro d’assurance sociale</i>	Numérique	NAS du travailleur blessé.
<i>Ligne 1 de l’adresse</i>	Texte/numérique	Adresse postale du travailleur blessé.
<i>Ligne 2 de l’adresse</i>	Texte/numérique	Autre ligne de l’adresse postale, au besoin.
<i>Ville</i>	Texte	Ville correspondant à l’adresse postale du travailleur blessé.
<i>Province/État</i>	Texte	Province ou État de l’adresse postale du travailleur blessé.
<i>Pays (autre que le Canada)</i>	Texte	Remplissez ce champ SEULEMENT si l’adresse postale du travailleur est à l’extérieur du Canada.
<i>Code postal/zip</i>	Texte/numérique	Code postal ou zip correspondant à l’adresse postale du travailleur blessé.
1. Quelle est la profession du travailleur?	Texte	L’emploi du travailleur (p. ex., soudeur, infirmier, chauffeur d’autobus, etc.) et NON le titre de son poste (p. ex., superviseur des soudeurs, infirmier conseiller principal III, etc.)
2. Le travailleur travaille-t-il pour cette entreprise depuis moins de 12 mois?	Case à cocher (x)	Ce champ renvoie à moins de 12 mois à partir de la date d’embauche.
3. Si oui, la date de début	Numérique	Date à laquelle le travailleur a été embauché à ce poste.
4. Au moment de la blessure, le travailleur était-il (cochez toutes les réponses qui s’appliquent)	Case à cocher (x)	Veillez cocher toutes les réponses correctes pour le poste du travailleur au moment de l’incident ou de l’exposition.

<ul style="list-style-type: none"> ✦ permanent ✦ temporaire ✦ à temps plein ✦ à temps partiel ✦ apprenti ✦ bénévole ✦ étudiant ✦ nouvel employé ✦ travailleur autonome ✦ directeur/partenaire ou un parent de l'employeur ✦ pêcheur ✦ embauché sous contrat ✦ occasionnel ✦ autre (veuillez préciser) 		
5. Date et heure de l'incident	Numérique	La date exacte et l'heure approximative de l'incident.
6. Période d'exposition ayant entraîné une maladie professionnelle	Numérique	S'il y a lieu, indiquez la période (début/fin) pendant laquelle l'exposition s'est produite.
7. Le travailleur a-t-il déclaré la blessure ou l'exposition à l'employeur?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
8. La blessure ou la maladie a été déclarée pour la première fois à l'employeur le (aaaa-mm-jj) au secouriste; superviseur; bureau; autre	Numérique, case à cocher (x), texte	Indiquez la date exacte à laquelle l'incident a été déclaré à l'employeur. Sélectionnez (x) à qui l'incident a été déclaré et si vous choisissez « autre », donnez une brève explication.
9. Nom de la personne à qui l'incident a été déclaré	Texte	Le nom de la personne à qui l'incident a été déclaré pour la première fois. Il pourrait s'agir d'un secouriste, du superviseur de l'employé, du directeur, etc.
10. Décrivez comment l'incident s'est produit	Texte	Une explication ou une description détaillée de la façon dont l'incident s'est produit. Veillez indiquer si l'employeur a observé l'incident ou comment vous avez découvert la présence de l'incident.
11. Décrivez la blessure en détail (quelle partie du corps a été blessée)	Texte	Donnez une description des blessures en indiquant clairement quelle(s) partie(s) du corps a(ont) été blessée(s).
12. Côté du corps blessé (gauche; droit; les deux; sans objet)	Case à cocher (x)	Indiquez quel côté du corps a été blessé.
13. Décrivez l'emplacement de l'incident au travail (adresse, ville, province) et l'endroit où il s'est produit (p. ex., atelier de fabrication, salle à manger, stationnement)	Texte	Veillez donner un maximum d'informations sur l'emplacement de l'incident, y compris l'emplacement de travail exact auquel l'employé a été assigné pour travailler à la date de la blessure ainsi que l'emplacement exact dans le lieu de travail où l'incident s'est produit.
14. La ou les blessures ou l'exposition sont-elles le résultat d'un incident particulier?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
15. Facteurs contributifs – sélectionnez-en AU MOINS UN et autant qui s'appliquent <ul style="list-style-type: none"> ✦ Levage; _____ lb _____ kg ✦ Surmenage ✦ Répétition (activité répétée maintes et maintes fois) ✦ Glissement ou trébuchement ✦ Torsion ✦ Chute ✦ Coup ✦ Bousculade ✦ Bord tranchant ✦ Incendie ou explosion ✦ Substance dangereuse dans l'environnement de travail ✦ Morsure d'animal ✦ Agression ✦ Accident d'automobile ✦ Incertain/autre (veuillez expliquer ci-dessous) 	Case à cocher (x)	Veillez sélectionner autant de cases qui s'appliquent à l'incident ou à l'exposition déclarés.
16. Y avait-il des témoins?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
17. L'incident s'est-il produit en Colombie-Britannique?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
18. Les actions du travailleur au moment de la blessure étaient-elles pour les besoins de votre entreprise?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
19. L'incident s'est-il produit dans les installations de l'employeur ou sur un chantier autorisé?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
20. L'incident s'est-il produit pendant le quart de travail régulier du travailleur?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
21. Le travailleur accomplissait-il ses tâches normales au moment de l'incident?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
22. Le travailleur a-t-il reçu les premiers soins? <ul style="list-style-type: none"> ✦ Date ✦ Si oui, veuillez fournir le nom du secouriste (s'il est connu) 	Case à cocher (x), numérique, texte	Veillez indiquer « oui » ou « non ». Indiquez la date à laquelle les premiers soins ont été prodigués au travailleur. En cas d'administration des premiers soins, même à l'extérieur de votre lieu de travail, veuillez fournir le nom du secouriste.

<p>23. Le travailleur est-il allé à l'hôpital, à la clinique ou a-t-il consulté un médecin ou un praticien qualifié?</p> <p>📅 Date</p> <p>📍 Si oui, veuillez fournir le nom du fournisseur de soins (s'il est connu)</p>	<p>Case à cocher (x), numérique, texte</p>	<p>Veuillez indiquer « oui » ou « non ».</p> <p>Il est utile d'avoir le nom du fournisseur de soins, de la clinique ou de l'hôpital où le travailleur a été traité afin d'obtenir les formulaires médicaux appropriés concernant la blessure ou l'exposition.</p>
<p>24. Êtes-vous au courant de quelque douleur ou incapacité récente que ce soit dans la zone où des blessures ont été déclarées par le travailleur?</p>	<p>Case à cocher (x)</p>	<p>Veuillez indiquer « oui » ou « non ».</p>
<p>25. Avez-vous des objections à la recevabilité de la réclamation?</p>	<p>Case à cocher (x), texte</p>	<p>Si vous avez des objections à la recevabilité de cette réclamation, veuillez en fournir les raisons.</p>
<p>26. Le travailleur s'est-il absenté du travail au-delà de la date de la blessure ou de l'exposition?</p>	<p>Case à cocher (x)</p>	<p>Veuillez indiquer « oui » ou « non ».</p>
<p>27. Indiquez le montant du salaires de base pour ce poste au moment de la blessure</p>	<p>Numérique</p>	<p>Ce champ renvoie aux revenus de base que l'employé reçoit AVANT tout montant supplémentaire d'indemnité, comme l'indique la question 28.</p>
<p>28. Le travailleur reçoit-il d'autres montants d'indemnité en plus de son salaire de base?</p> <p>Le travailleur reçoit-il une paie de vacances sur chaque chèque?</p> <p>Si oui, le % de la paie de vacances est de__.</p> <p>Veuillez cocher les cases correspondant à l'un ou l'autre des montants suivants que le travailleur reçoit en plus du salaire de base ET indiquer le montant pour chacun</p> <p>📌 Primes de quart de travail</p> <p>📌 Logement et repas</p> <p>📌 Pourboires et primes</p> <p>📌 Heures supplémentaires</p> <p>📌 Autre</p>	<p>Case à cocher (x)</p> <p>Case à cocher (x)</p> <p>Numérique</p> <p>Case à cocher (x) et numérique</p>	<p>Veuillez fournir tous les types de montants d'indemnité que l'employé reçoit en plus du salaire de base.</p> <p>Par exemple, une prime de quart de travail pourrait être un montant supplémentaire reçu pour le type de travail effectué sur un quart de travail donné. À titre d'exemple, un employé peut jouer le rôle de secouriste, alors un montant horaire supplémentaire serait payé.</p> <p>« Autre » si un autre type d'indemnité est versé à un employé, veuillez cocher « Autre » et donner une brève explication sous cette case.</p>
<p>29. Si le travailleur est incapable de travailler, allez-vous continuer de payer :</p> <p>Le salaire de base?</p> <p>D'autres montants d'indemnité en plus du salaire de base?</p> <p>Le travailleur recevra-t-il une paie de vacances sur chaque chèque?</p> <p>Si oui, le % de la paie de vacances est de__.</p> <p>Veuillez cocher les cases correspondant à l'un ou l'autre des montants suivants que le travailleur reçoit en plus du salaire de base ET indiquer le montant pour chacun</p> <p>📌 Primes de quart de travail</p> <p>📌 Logement et repas</p> <p>📌 Pourboires et primes</p> <p>📌 Heures supplémentaires</p> <p>📌 Autre</p>	<p>Case à cocher (x)</p> <p>Case à cocher (x)</p> <p>Case à cocher (x)</p> <p>Numérique</p> <p>Case à cocher (x) et numérique</p>	<p>Veuillez fournir tous les types de montants d'indemnité que l'employé continuera de recevoir en plus du salaire de base, s'il est incapable de travailler.</p> <p>Par exemple, une prime de quart de travail pourrait être un montant supplémentaire reçu pour le type de travail effectué sur un quart de travail donné. À titre d'exemple, un employé peut jouer le rôle de secouriste, alors un montant horaire supplémentaire serait payé.</p> <p>« Autre » si un autre type de rémunération est versé à un employé, veuillez cocher « Autre » et donner une brève explication sous cette case.</p>
<p>30. Indiquez le montant du salaires brut pour les trois derniers mois ou les 12 dernières semaines précédant la date de la blessure ou de l'exposition.</p>	<p>Numérique</p>	<p>Veuillez indiquer le montant avant retenues et incluez tous les autres montants d'indemnité, comme l'indique la question 28.</p>
<p>31. Le travailleur a-t-il une rotation de quarts de travail fixe?</p>	<p>Case à cocher (x)</p>	<p>Veuillez indiquer « oui » ou « non ».</p> <p>S'il y a une structure de quarts de travail qui se répète en cinq cycles ou moins, cela est considéré comme une rotation de quarts de travail fixe. Notons parmi les exemples de rotation des quarts de travail fixe :</p> <p>📌 4 jours de travail; 4 jours de congé = 1 cycle</p> <p>📌 8 heures/jour, du lundi au vendredi = 1 cycle</p>
<p>32. Si non, veuillez expliquer.</p>	<p>Texte</p>	<p>Si le quart de travail de l'employé ne se répète pas en cinq cycles ou moins, veuillez expliquer la rotation et les cycles des quarts de travail.</p>
<p>33. Si oui, montrez une semaine de travail normale en entrant les heures payées</p>	<p>Numérique</p>	<p>Si oui à la question 30, veuillez montrer les heures payées pour un cycle dans le tableau illustrant une semaine fourni.</p>
<p>34. Le travailleur a-t-il continué à travailler le lendemain de la blessure?</p>	<p>Case à cocher (x)</p>	<p>Veuillez indiquer « oui » ou « non ».</p>
<p>35. Dernier jour de travail</p>	<p>Numérique</p>	<p>Veuillez indiquer la date à laquelle l'employé a travaillé pour la dernière fois; il peut s'agir de la date de l'incident ou d'une date ultérieure à celui-ci.</p>
<p>36. Nombre d'heures de travail prévues le dernier jour de travail</p>	<p>Numérique</p>	<p>Combien d'heures l'employé devait-il travailler lors de son dernier jour de travail?</p>
<p>37. Nombre d'heures de travail le dernier jour</p>	<p>Numérique</p>	<p>Combien d'heures l'employé a-t-il travaillé lors de son dernier jour de travail?</p>

38. Nombre d'heures payées par l'employeur le dernier jour de travail.	Numérique	Pour combien d'heures avez-vous payé votre employé lors de son dernier jour de travail?
39. Le travailleur est-il retourné au travail?	Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ».
40. Si OUI : <ul style="list-style-type: none">  Date  Depuis le retour au travail, les tâches, les heures de travail, l'horaire de travail ou le taux de rémunération du travailleur ont-ils changé? 	Numérique Case à cocher (x)	Si oui, à quelle date l'employé est-il retourné au travail? Si oui, veuillez indiquer en sélectionnant « oui » ou « non » si des changements aux tâches, aux heures de travail, à l'horaire de travail ou au taux de rémunération ont eu lieu.
41. Si NON : <ul style="list-style-type: none">  Disposez-vous de tâches modifiées ou transitoires?  Les tâches modifiées ou transitoires ont-elles été offertes au travailleur? 	Case à cocher (x) Case à cocher (x)	Veillez indiquer « oui » ou « non ». Si vous avez indiqué oui ci-dessus, veuillez confirmer si les tâches ont été offertes à l'employé en sélectionnant « oui » ou « non ».
42. Si oui, veuillez décrire les tâches modifiées ou transitoires.	Texte	Veillez expliquer comment les tâches ont été modifiées de quelque façon que ce soit pour le retour au travail du travailleur. Cela inclut les modifications apportées aux heures par semaine, aux jours par semaine ainsi qu'aux tâches exécutées.
43. Signature de l'employeur	Texte	Obligatoire
44. Titre de l'employeur	Texte	De préférence
45. Date du rapport	Numérique	Obligatoire