**MODÈLE DE LISTE DE CONTRÔLE DE SUIVI DES RÉCLAMATIONS**

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM DE L’EMPLOYÉ BLESSÉ | FONCTION | ID DE L’EMPLOYÉ |
|  |  |  |
| SERVICE | DATE DE L’INCIDENT |
|  |  |
| TYPE D’INCIDENT | RÉCLAMATION N° |
|  |  |

STATUT DU TRAVAIL

|  |  |
| --- | --- |
| DATE DE RETOUR AU TRAVAIL PROGRAMMÉE | DATE RÉELLE DE RETOUR AU TRAVAIL |
|  |  |
| NOTES |
|  |

SUIVI DES ÉLÉMENTS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE L’ÉLÉMENT** | **STATUT** | **ATTRIBUÉ À** | **DATE D’ACHÈVEMENT** |
| **Formulaires de déclaration d’accident :** |  |  |  |
| Rapport d’incident/d’accident d’employé |  |  |  |
| Rapport d’incident/accident de blessure au dos |  |  |  |
| Rapport d’enquête du superviseur |  |  |  |
| Formulaire de déposition de témoin |  |  |  |
| Formulaire de premier rapport de blessure |  |  |  |
| Organisme de soins gérés (MCO) notifié |  |  |  |
| Administrateur tiers (TPA) notifié |  |  |  |
| Certification des réclamations (approuvées ou refusées) |  |  |  |
| Rapport de retour au travail du superviseur |  |  |  |
| Retour à l’élaboration du plan de travail |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |