

Le **Formulaire d'incident d'exposition (travailleur)** - (formulaire 3958B) ci-joint n'est pas obligatoire. Il sert à déclarer un incident imprévu entraînant une exposition survenue par suite d'une fuite, d'un déversement, d'une explosion, d'une émission ou d'un contact inattendu avec un produit chimique ou une autre matière dans un lieu de travail. L'incident pourrait avoir exposé les travailleurs à une matière infectieuse, un produit chimique ou une autre matière. Le présent formulaire a pour but d'obtenir des renseignements sur l'incident d'exposition au cas où les personnes contracteraient une maladie dans l'avenir.

Le **Formulaire d'incident d'exposition (travailleur)** doit être rempli si vous avez subi une exposition imprévue au travail et qu'il n'y a eu :

- aucune interruption de travail;
- aucune maladie.

Si vous avez contracté une maladie nécessitant un traitement médical (comme des épreuves diagnostiques, un médicament sur ordonnance ou un traitement continu), veuillez remplir un Avis de lésion ou de maladie (travailleur) – (formulaire 6).

Les formulaires dûment remplis doivent être envoyés

Par la poste

Commission de la sécurité professionnelle et
de l'assurance contre les accidents du travail
Programme des maladies professionnelles
et des prestations de survivant
200, rue Front Ouest, 4^e étage
Toronto (Ontario) M5V 3J1

Par télécopieur

416-344-4684
1-888-313-7373

Pour déclarer un incident d'exposition par téléphone ou pour toute question au sujet du *Formulaire d'incident d'exposition (travailleur)*, veuillez communiquer avec nous.

Sans frais : 1-800-387-0750
Numéro local : 416-344-1000
Site Web : www.wsib.on.ca
ATS : 1-800-387-0050

WSIB Use Only

Firm No.	Rate No.	Classification Unit Code	Reference No.
----------	----------	--------------------------	---------------

Les renseignements suivants permettront à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) d'enregistrer un incident entraînant une exposition au travail. Veuillez fournir le plus de détails possible afin que l'incident soit enregistré avec précision.

Renseignements vous concernant		
Nom de famille	Prénom	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)
Adresse (adresse municipale/ville/province)		
		Code postal
Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Renseignements concernant votre employeur	
Nom de l'employeur (au moment de l'incident)	Date d'embauche (jj/mm/aaaa)
Décrivez la nature des activités de l'employeur	Votre profession/poste
Adresse de l'employeur (adresse municipale/ville/province)	
Code postal	
Lieu de l'incident	

Détails de l'incident	
<p>Remplissez la section A dans le cas d'une exposition à une matière infectieuse ou la section B dans le cas d'une exposition à des produits chimiques ou à une autre matière présente dans le lieu de travail.</p>	

Section A - (matière infectieuse)	Date de l'exposition (jj/mm/aaaa)	Heure de l'exposition
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------

Veillez décrire comment vous êtes entré(e) en contact avec la matière infectieuse (cochez une case) :

coupure ou éraflure
 éclaboussure de liquide organique
 toux, éternuement
 autre (précisez) : _____

Source d'exposition	Région du corps atteinte
---------------------	--------------------------

Quelle matière infectieuse est soupçonnée? (cochez une case) :

tuberculose
 méningite
 rage
 hépatite
 charbon bactérien
 campylobactériose
 salmonelle
 gale
 zona
 ne sait pas
 autre (précisez) : _____

Si vous avez contracté une maladie liée à cet incident, veuillez remplir un Avis de lésion ou de maladie (travailleur) – formulaire 6. Pour plus de renseignements, veuillez composer le 1-800-387-0750.

Reference No.

Détails de l'incident ... (suite)

Section B - (produits chimiques ou autre matière présente dans le lieu de travail)

Date de l'exposition (jj/mm/aaaa)

Heure de l'exposition

Veillez décrire ce qui s'est passé (cochez une case) :

fuite

déversement

explosion

autre (précisez) _____

Veillez décrire où vous étiez au moment de l'incident et indiquer combien de temps vous étiez dans le secteur en question.

(Si cela peut être utile, joignez un diagramme décrivant l'incident ou une feuille séparée contenant des renseignements supplémentaires).

Quel équipement de protection personnelle portiez-vous à ce moment-là?

Si l'exposition entraîne une maladie qui vous donne droit à des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (la Loi), en signant ce formulaire, vous consentez à la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles, comme l'exige le paragraphe 22 (5) de la Loi.

Signature

Date

POUR SOUMETTRE LE FORMULAIRE D'INCIDENT D'EXPOSITION À LA COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Si votre employeur déclare l'exposition, vous pouvez lui remettre ce formulaire pour qu'il l'inclut dans son envoi. Vous pouvez aussi l'envoyer directement à la CSPAAAT.

Par la poste

Commission de la sécurité professionnelle
et de l'assurance contre les accidents du travail
Programme des maladies professionnelles
et des prestations de survivant
200, rue Front Ouest, 4^e étage
Toronto (Ontario) M5V 3J1

Par télécopieur

416-344-4684
1-877-313-7373

Des renseignements personnels vous concernant sont recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. Ces renseignements sont utilisés pour administrer votre(vos) dossier(s) et les programmes de la Commission. Des renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins, de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et d'autres personnes ou organismes au besoin. Votre numéro d'assurance sociale est utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, identifier les travailleurs(euses) et produire des relevés d'impôt. Il est recueilli aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des consultants médicaux externes, à des fournisseurs de services externes, à des chercheurs, à des tiers pour recouvrer des coûts et à d'autres personnes ou organismes en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Les appels que nous recevons ou effectuons peuvent être enregistrés pour en assurer la qualité. Toute question concernant la collecte de ces renseignements doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou en composant le **1-800-387-0750**.