

Formulaire d'incident d'exposition (PDIEC) dans la construction

Le **Formulaire d'incident d'exposition (travailleur)** (formulaire 3885B) ci-joint n'est pas obligatoire. Il sert à déclarer un incident imprévu entraînant une exposition dans un lieu de travail survenue par suite d'une fuite, d'un déversement, d'une rupture, d'une émission inattendue, d'une explosion, d'un rejet d'une matière physique ou d'un produit chimique dangereux ou d'un contact avec une matière infectieuse ou un agent biologique.

Le présent formulaire a pour but d'obtenir des renseignements sur l'incident d'exposition subi par le travailleur au cas où il contracterait une maladie dans l'avenir.

Ce formulaire doit être rempli par le travailleur qui a subi une exposition imprévue.

Les employeurs remplissent le *Formulaire d'incident d'exposition (employeur) - PDIEC* - (formulaire 3886B).

Le **Formulaire d'incident d'exposition (travailleur)** doit seulement être rempli s'il y a eu 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) par suite de l'incident, l'employeur doit déclarer la maladie professionnelle au moyen du formulaire 7. Le travailleur doit déclarer la maladie professionnelle au moyen du formulaire 6.

Les formulaires dûment remplis doivent être remis à votre superviseur ou au délégué à la santé et à la sécurité pour qu'ils les envoient à la WSIB. Les formulaires dûment remplis peuvent aussi être envoyés directement à la WSIB.

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) - PDIEC*, veuillez communiquer avec nous.

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

N° de référence

Les renseignements suivants permettront à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) d'enregistrer votre incident entraînant une exposition au travail. Veuillez fournir le plus de détails possible afin d'assurer l'exactitude des renseignements consignés sur l'incident.

Vos renseignements

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 sur 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	
Entreprise n°		Catégorie ou sous-catégorie		Code du SCIAN	
Adresse de l'employeur - correspondance (adresse municipale/ville/province)					
				Code postal	
Lieu de l'incident d'exposition					
Le chantier ou le lieu de travail a-t-il un comité mixte sur la santé et la sécurité au travail (CMSST)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Le chantier ou le lieu de travail a-t-il un délégué à la santé et à la sécurité? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez joindre le rapport du CMSST ou du délégué à la santé et à la sécurité.					
Si vous avez répondu non aux questions ci-dessus, veuillez joindre le rapport du(des) travailleur(s) exposés s'il y a lieu.					
Êtes-vous membre d'un syndicat? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Si oui, veuillez fournir le nom de votre syndicat et la section locale.		

Détails de l'incident

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

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.

Section A – (matières infectieuses)		Date de l'exposition (jj/mm/aaaa)		Heure de l'exposition	
Quel type d'exposition est survenue? (cochez une case) :					
<input type="checkbox"/> coupure ou éraflure	<input type="checkbox"/> éclaboussure de liquide organique	<input type="checkbox"/> toux, éternuement	<input type="checkbox"/> autre (précisez) _____		
Source d'exposition			Région du corps atteinte		
Quelle matière infectieuse est soupçonnée? (cochez une case) :					
<input type="checkbox"/> tuberculose	<input type="checkbox"/> méningite	<input type="checkbox"/> rage	<input type="checkbox"/> hépatite	<input type="checkbox"/> charbon bactérien	<input type="checkbox"/> campylobactériose
<input type="checkbox"/> salmonelle	<input type="checkbox"/> gale	<input type="checkbox"/> zona	<input type="checkbox"/> inconnue	<input type="checkbox"/> autre (précisez) _____	

N° de référence

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

rupture

explosion

déversement

émission
inattendue

autre (précisez) _____

À quel produit chimique ou matière avez-vous été exposé?

Veillez décrire où vous étiez au moment de l'exposition et indiquer combien de temps vous étiez dans le secteur en question.
(Au besoin, 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 (jj/mm/aaaa)

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 la soumission. Vous pouvez aussi l'envoyer directement à la WSIB.

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

Les renseignements personnels de votre dossier sont recueillis aux termes 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**.