

Le **Formulaire d'incident d'exposition (employeur)** (formulaire 3886B) ci-joint sert à déclarer volontairement 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 superviseur ou le délégué du comité mixte sur la santé et la sécurité au travail. Les travailleurs qui désirent participer au programme PDIEC doivent remplir le *Formulaire d'incident d'exposition (travailleur) - PDIEC* (formulaire 3885B).

Le **Formulaire d'incident d'exposition (employeur)** 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 les travailleurs contractent 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.

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) - 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

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

Section 1. Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur (au moment de l'incident)		
Entreprise n°	Catégorie ou sous-catégorie	Code du SCIAN
Adresse de l'employeur - correspondance (adresse municipale/ville/province)		
		Code postal
Adresse du lieu de l'incident (adresse municipale/ville/province)		
		Code postal
Quelle est la nature de votre entreprise?		

Section 2. Autres renseignements sur l'employeur

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.			
Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, veuillez fournir le nom de votre syndicat et la section locale.	

Veillez énumérer tous les travailleurs touchés par l'incident d'exposition (Joignez une autre feuille au besoin.)

1. Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'embauche
Adresse (adresse municipale/ville/province)			
Code postal	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	N° d'assurance sociale
2. Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'embauche
Adresse (adresse municipale/ville/province)			
Code postal	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	N° d'assurance sociale
3. Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'embauche
Adresse (adresse municipale/ville/province)			
Code postal	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	N° d'assurance sociale
4. Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'embauche
Adresse (adresse municipale/ville/province)			
Code postal	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	N° d'assurance sociale

Entreprise n°

Si vous utilisez votre propre formulaire de déclaration d'incident, vous n'avez pas à remplir cette partie du formulaire. Veuillez joindre votre formulaire. Toutefois, nous pourrions communiquer avec vous pour obtenir d'autres renseignements.

Détails de l'incident

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) _____	

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

Date d'exposition (jj/mm/aaaa)	Heure de l'exposition
Veillez décrire ce qui s'est passé (cochez une case) : <input type="checkbox"/> fuite <input type="checkbox"/> rupture <input type="checkbox"/> explosion <input type="checkbox"/> déversement <input type="checkbox"/> émission inattendue <input type="checkbox"/> autre (précisez) _____	
À quel produit chimique ou matière le travailleur a-t-il été exposé?	
Veillez décrire où le(s) travailleur(s) se trouvait(ent) au moment de l'exposition et indiquer combien de temps il(s) a(ont) été dans le secteur en question. (Quel équipement de protection personnelle portait(ent) le(s) travailleur(s)? Quelles mesures d'urgence ont été prises après l'incident? Qu'a-t-on fait pour maîtriser la situation? Si cela peut être utile, joignez un diagramme décrivant l'incident ou une feuille séparée contenant des renseignements supplémentaires).	
A-t-on soumis des demandes de prestations pour maladie ou état pathologique relié à cet incident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autre déclaration concernant cet incident	
Un rapport officiel a-t-il été soumis au ministère du Travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , les agents du ministère du Travail se sont-ils rendus sur les lieux par suite de l'incident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Un rapport officiel a-t-il été soumis au ministère de l'Environnement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , les agents du ministère de l'Environnement se sont-ils rendus sur les lieux par suite de l'incident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Des renseignements sont-ils disponibles sur la(les) matière(s) faisant l'objet de l'incident, comme une fiche signalétique? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A-t-on procédé à un échantillonnage de l'environnement par suite de l'incident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nom de la personne remplissant le rapport	Titre officiel
Signature	Téléphone
	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 le(s) travailleur(s) touché(s) par l'incident imprévu au lieu de travail déclare(nt) l'exposition, veuillez joindre toutes les copies des formulaires d'incident d'exposition des travailleurs et les envoyer

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