

Vous devriez utiliser le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition dans la construction (travailleur) - (PDIEC)* (formulaire 3885B) pour déclarer un incident imprévu entraînant une exposition professionnelle survenue dans l'industrie de la construction 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 encore d'un contact avec une matière infectieuse ou un agent biologique.

En soumettant ce formulaire, vous nous aidez à recueillir des renseignements sur l'incident d'exposition pour que nous puissions traiter votre demande plus rapidement si vous contractez une maladie dans l'avenir.

Vous devriez remplir le formulaire si vous subissez une exposition inattendue. Les employeurs remplissent le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition dans la construction (employeur) - (PDIEC)* - (formulaire 3886B).

Vous devriez seulement soumettre le formulaire de déclaration d'incident d'exposition à l'intention des travailleurs si un incident d'exposition inattendu est survenu et qu'il n'y a eu :

- aucune interruption de travail (c.-à-d. que vous n'avez pas dû vous absenter);
- aucune maladie.

Si vous êtes malade et que vous nécessitez un traitement médical (comme des épreuves diagnostiques, un médicament sur ordonnance ou un traitement continu) en raison de l'incident, vous et votre employeur devriez présenter un avis de lésion ou de maladie.

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

 Une fois le formulaire rempli, vous pouvez le soumettre en ligne. Téléversez le tout à wsib.ca/fr/televerseravis.

Pour déclarer un incident d'exposition par téléphone ou si vous avez des questions sur le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition dans la construction (travailleur) - (PDIEC)*, appelez-nous :

Sans frais : 1-800-387-0750
Numéro local : 416-344-1000
ATS : 1-800-387-0050

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca.

Les renseignements que vous nous fournissez nous aideront à enregistrer votre incident d'exposition. Veuillez fournir autant de détails que possible.

| Vos renseignements | | | |
|--------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Nom de jeune fille (s'il y a lieu) | |
| Adresse | Ville | Province | Code postal |
| Téléphone | Sexe <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Homme Femme </div> | | 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 | |
| Numéro d'entreprise | Catégorie ou sous-catégorie | | Code du SCIAN |
| Adresse de l'employeur - correspondance | Ville | Province | Code postal |
| Lieu de l'incident | | | |
| Le chantier ou le lieu de travail a-t-il un comité mixte sur la santé et la sécurité au travail (CMSST)? | | | Oui Non |
| Le chantier ou le lieu de travail a-t-il un délégué à la santé et à la sécurité? | | | Oui 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) exposé(s) s'il y a lieu. | | | |
| Êtes-vous membre d'un syndicat? | | | Oui Non |
| Si oui, veuillez fournir le nom de votre syndicat et la section locale. | | | |

| Détails de l'incident | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <p>Si vous avez contracté une maladie reliée à cet incident, ne remplissez pas ce formulaire. Veuillez remplir un <i>Avis de lésion ou de maladie (travailleur) - (formulaire 6)</i>. Pour plus de renseignements, veuillez composer le 1-800-387-0750.</p> <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 – (matières infectieuses) | Date de l'exposition (jj/mm/aaaa) | Heure de l'exposition <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Matin Après-midi </div> | |
| Veuillez décrire comment vous êtes entré(e) en contact avec la matière infectieuse (cochez une case) : | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Coupure ou éraflure Éclaboussure de liquide organique Toux, éternuement Autre (précisez) : </div> | | | |
| Source d'exposition | | Région du corps atteinte | |
| Quelle matière infectieuse est soupçonnée? (cochez une case) : | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Tuberculose Méningite Rage Hépatite Charbon bactérien Campylobactériose </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Salmonelle Gale Zona Inconnue Autre (précisez) : </div> | | | |

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca.

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 | |
| | | Matin | Après-midi |
| Veuillez 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"/> Autre (précisez) : | | <input type="checkbox"/> Émission inattendue | |
| À quel produit chimique ou matière avez-vous été exposé(e)? | | | |
| Veuillez décrire où vous étiez au moment de l'exposition et indiquer combien de temps vous étiez dans le secteur en question. | | | |
| 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 (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser) | Date (jj/mm/aaaa) |
|--|-------------------|

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 de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB). 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.

Soumettez votre formulaire d'incident d'exposition à la WSIB.

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

**En ligne**Téléversez le tout en ligne : wsib.ca/fr/televerseravis.**Par la poste** : WSIB, 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1**Par télécopieur** : 416-344-4684 | 1-888-313-7373