

Vous devriez utiliser le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition dans la construction (employeur) - (PDIEC)* (formulaire 3886B) 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 la demande plus rapidement si une ou plusieurs personnes contractent une maladie dans l'avenir.

Vous devriez remplir ce formulaire si vous êtes une superviseuse ou un superviseur ou une personne déléguée au comité mixte sur la santé et la sécurité au travail. Si vous avez subi l'exposition, vous devriez remplir le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition dans la construction (travailleur) - (PDIEC)* - (formulaire 3885B).

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

- aucune interruption de travail;
- aucune maladie.

Si la personne est malade et qu'elle nécessite un traitement médical (comme des épreuves diagnostiques, un médicament sur ordonnance ou un traitement continu) en raison de l'incident, vous devriez vous connecter à nos services en ligne pour les entreprises et présenter un *Avis de lésion ou de maladie (employeur)*.

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

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)*, communiquez avec nous :

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

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

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

Section 1 - Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur			
Numéro d'entreprise	Catégorie ou sous-catégorie		Code du SCIAN
Adresse de l'employeur - correspondance	Ville	Province	Code postal
Adresse du lieu de l'incident	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)?			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.			
Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective?			Oui Non
Si oui, veuillez fournir le nom du syndicat et la section locale.			

Veuillez énumérer tous les travailleurs touchés par l'incident d'exposition (joignez une autre feuille au besoin).				
1.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Date d'embauche
	Adresse		Ville	Province
	Téléphone		Sexe Homme Femme	Numéro d'assurance sociale
2.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Date d'embauche
	Adresse		Ville	Province
	Téléphone		Sexe Homme Femme	Numéro d'assurance sociale
3.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Date d'embauche
	Adresse		Ville	Province
	Téléphone		Sexe Homme Femme	Numéro d'assurance sociale
4.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Date d'embauche
	Adresse		Ville	Province
	Téléphone		Sexe Homme Femme	Numéro d'assurance sociale

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

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 Matin Après-midi
--	-----------------------------------	--

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 Inconnue Autre (précisez) :

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
---	-----------------------------------	--

Veillez décrire ce qui s'est passé (cochez une case) :
 Fuite Rupture Explosion
 Déversement Émission inattendue 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? Oui Non

Autre déclaration concernant cet incident

Un rapport officiel a-t-il été soumis au ministère du Travail? Oui Non

Si oui, les agents du ministère de Travail se sont-ils rendus sur les lieux par suite de l'incident? Oui Non

Un rapport officiel a-t-il été soumis au ministère de l'Environnement? Oui Non

Si oui, les agents du ministère de l'Environnement se sont-ils rendus sur les lieux par suite de l'incident? Oui Non

Des renseignements sont-ils disponibles sur la(les) matière(s) faisant l'objet de l'incident, comme une fiche signalétique? Oui Non

A-t-on procédé à un échantillonnage de l'environnement par suite de l'incident? Oui Non

Nom de la personne remplissant le rapport	Titre officiel	
---	----------------	--

Signature	Téléphone	Date (jj/mm/aaaa)
-----------	-----------	-------------------

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.

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

Si la ou les personnes touchées par l'incident d'exposition professionnelle imprévue déclarent l'exposition, veuillez joindre tous leurs formulaires de déclaration d'incident d'exposition et nous les soumettre :

En ligne
 Téléversez le tout en ligne : wsib.ca/fr/soumettre.

Par la poste : WSIB, 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1