

Comment remplir le formulaire

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire causée par votre travail.

Ce formulaire comporte des questions précises et pertinentes à l'analyse de votre réclamation pour maladie professionnelle pulmonaire. Il doit être expédié au bureau de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) en même temps que le formulaire *Réclamation du travailleur* à moins que vous ne nous l'ayez déjà fait parvenir.

Votre numéro d'assurance maladie doit absolument apparaître sur ce formulaire. Si vous avez besoin d'aide pour le remplir, veuillez communiquer avec la CSST au 1 866 302-CSST (2778).

En ce qui concerne l'historique d'emploi :

- inscrire les noms et adresses de tous les employeurs où vous présumez avoir contracté votre maladie, en commençant par l'employeur actuel ou le plus récent ;
- si l'espace est insuffisant, utiliser un feuillet séparé ou remplir un autre formulaire.

Il est très important que vous nous transmettiez toute l'information pertinente à l'étude de votre demande ; utilisez la section *Commentaires* ou annexez un autre document au besoin. Nous vous suggérons de conserver une photocopie de ce formulaire.

Protection des renseignements personnels

Conformément à l'article 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la CSST vous informe que les renseignements nominatifs recueillis sur ce formulaire, de même que ceux qui s'ajouteront à votre dossier par la suite, seront traités de façon confidentielle et ne seront consultés que par les personnes désignées dans la déclaration de fichiers de renseignements personnels que vous pouvez consulter à la Commission d'accès à l'information. Certains renseignements peuvent toutefois être communiqués ou obtenus sans votre consentement, conformément aux dispositions d'exception prévues dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, ou encore dans le cadre d'ententes entre organismes conclues conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Les renseignements demandés sont nécessaires au traitement de votre demande. Toute personne qui refuse de les fournir pourrait voir sa demande refusée.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail vous informe également que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* prévoit, aux articles 83, 85 et 89 à 93, des droits d'accès et de rectification. Pour obtenir votre dossier, veuillez vous adresser au bureau de la CSST. Au besoin, vous pouvez adresser une demande au Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels de la CSST.

La forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Emploi antérieur									
De	Année	Mois	Jour	À	Année	Mois	Jour	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur									
Adresse									
Ville					Province			Code postal	
Décrivez vos tâches									
Quels étaient les produits ou les substances utilisés susceptibles d'avoir causé votre maladie ?									
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?		En moyenne pendant combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?			Nbre d'heures par jour		Nbre de jours par semaine		Nbre de semaines par année
Y a-t-il des périodes de temps ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui,	précisez les périodes ou les circonstances.				
					combien de fois par jour, par semaine ou par mois ?				
Selon vous, a-t-on déjà fait des mesures des produits ou des substances auxquels vous étiez exposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand ? _____				Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)			Selon vous, d'autres travailleurs dans l'établissement ont-ils eu les mêmes problèmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Emploi antérieur									
De	Année	Mois	Jour	À	Année	Mois	Jour	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur									
Adresse									
Ville					Province			Code postal	
Décrivez vos tâches									
Quels étaient les produits ou les substances utilisés susceptibles d'avoir causé votre maladie ?									
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?		En moyenne pendant combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?			Nbre d'heures par jour		Nbre de jours par semaine		Nbre de semaines par année
Y a-t-il des périodes de temps ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui,	précisez les périodes ou les circonstances.				
					combien de fois par jour, par semaine ou par mois ?				
Selon vous, a-t-on déjà fait des mesures des produits ou des substances auxquels vous étiez exposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand ? _____				Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)			Selon vous, d'autres travailleurs dans l'établissement ont-ils eu les mêmes problèmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Emploi antérieur									
De	Année	Mois	Jour	À	Année	Mois	Jour	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur									
Adresse									
Ville					Province			Code postal	
Décrivez vos tâches									
Quels étaient les produits ou les substances utilisés susceptibles d'avoir causé votre maladie ?									
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?		En moyenne pendant combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?			Nbre d'heures par jour		Nbre de jours par semaine		Nbre de semaines par année
Y a-t-il des périodes de temps ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui,	précisez les périodes ou les circonstances.				
					combien de fois par jour, par semaine ou par mois ?				
Selon vous, a-t-on déjà fait des mesures des produits ou des substances auxquels vous étiez exposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand ? _____				Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)			Selon vous, d'autres travailleurs dans l'établissement ont-ils eu les mêmes problèmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Emploi antérieur									
De	Année	Mois	Jour	À	Année	Mois	Jour	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur									
Adresse									
Ville					Province			Code postal	
Décrivez vos tâches									
Quels étaient les produits ou les substances utilisés susceptibles d'avoir causé votre maladie ?									
Combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?		En moyenne pendant combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ?			Nbre d'heures par jour		Nbre de jours par semaine		Nbre de semaines par année
Y a-t-il des périodes de temps ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Si oui,	précisez les périodes ou les circonstances.				
					combien de fois par jour, par semaine ou par mois ?				
Selon vous, a-t-on déjà fait des mesures des produits ou des substances auxquels vous étiez exposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand ? _____				Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)			Selon vous, d'autres travailleurs dans l'établissement ont-ils eu les mêmes problèmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

C. Information relative à votre maladie professionnelle

Avez-vous déjà consulté relativement aux problèmes de santé pour lesquels vous faites une demande d'indemnités ?

Oui Non

Si oui, veuillez nous donner les nom et adresse des médecins consultés et/ou des établissements de santé où vous avez subi des examens.

1	Nom	Spécialité	
	Adresse	Examens subis	
			Date
2	Nom	Spécialité	
	Adresse	Examens subis	
			Date
3	Nom	Spécialité	
	Adresse	Examens subis	
			Date
4	Nom	Spécialité	
	Adresse	Examens subis	
			Date
5	Nom	Spécialité	
	Adresse	Examens subis	
			Date

N.B. : Si vous manquez d'espace, complétez l'information en utilisant la section Commentaires.

D. Commentaires

Veuillez fournir toute autre information que vous jugerez pertinente à l'étude de votre demande et qui soit en rapport avec votre maladie professionnelle.

E. Signature

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets

Signature du travailleur

Date