

Comment remplir le formulaire

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle causée par des vibrations.

Ce formulaire comporte des questions précises et pertinentes à l'analyse de votre réclamation pour maladie professionnelle. Il doit être expédié au bureau de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) 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 CNESST au 1 844 838-0808.

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 CNESST 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 CNESST 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 CNESST de votre région. Au besoin, vous pouvez adresser une demande au Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels de la CNESST.

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

N° de dossier
du travailleur

N° d'assurance maladie

Date de l'événement

A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom

B. Historique d'emploi (liste des emplois où vous avez été exposé aux vibrations)

Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)			
De	À	Emploi ou titre de la fonction	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nom de l'employeur (raison sociale)			
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur		N°	Rue
			Bureau
Ville	Province	Pays	Code postal

Décrivez vos tâches.

Type(s) d'outil(s) ou de machinerie utilisé(s) (Précisez s'il y a lieu le type de véhicule utilisé et le type de siège.)	Depuis combien de temps utilisez-vous ces outils, cette machinerie ou ce véhicule? A A A A / M M à A A A A / M M	Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre de semaines par année	Êtes-vous exposé à des vibrations?	
					Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Avez-vous des temps de repos? Oui Non Si oui, combien de fois par jour? _____

Durée totale par jour _____

Êtes-vous exposé au froid? Oui Non Si oui, combien d'heures par jour en moyenne? _____

Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé? Oui Non

Emploi antérieur										
De	A A A A	M M	J J	À	A A A A	M M	J J	Emploi ou titre de la fonction		
Nom de l'employeur (raison sociale)										
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			N°		Rue			Bureau		
Ville				Province			Pays		Code postal	
Décrivez vos tâches.										
Type(s) d'outil(s) ou de machinerie utilisé(s) (Précisez s'il y a lieu le type de véhicule utilisé et le type de siège.)		Pendant combien de temps avez-vous utilisé ces outils, cette machinerie ou ce véhicule? A A A A / M M à A A A A / M M		Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre de semaines par année	Étiez-vous exposé à des vibrations?			
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aviez-vous des temps de repos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien de fois par jour?		Durée totale par jour		Étiez-vous exposé au froid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien d'heures par jour en moyenne?		
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Emploi antérieur										
De	A A A A	M M	J J	À	A A A A	M M	J J	Emploi ou titre de la fonction		
Nom de l'employeur (raison sociale)										
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur			N°		Rue			Bureau		
Ville				Province			Pays		Code postal	
Décrivez vos tâches.										
Type(s) d'outil(s) ou de machinerie utilisé(s) (Précisez s'il y a lieu le type de véhicule utilisé et le type de siège.)		Pendant combien de temps avez-vous utilisé ces outils, cette machinerie ou ce véhicule? A A A A / M M à A A A A / M M		Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Nombre de semaines par année	Étiez-vous exposé à des vibrations?			
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							Aux mains et bras	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
							À tout le corps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Aviez-vous des temps de repos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien de fois par jour?		Durée totale par jour		Étiez-vous exposé au froid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien d'heures par jour en moyenne?		
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										

Emploi antérieur																								
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction						
Nom de l'employeur (raison sociale)																								
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau								
Ville						Province						Pays				Code postal								
Décrivez vos tâches.																								
Type(s) d'outil(s) ou de machinerie utilisé(s) (Précisez s'il y a lieu le type de véhicule utilisé et le type de siège.)										Pendant combien de temps avez-vous utilisé ces outils, cette machinerie ou ce véhicule? A A A A / M M à A A A A / M M					Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année		Étiez-vous exposé à des vibrations?			
																					Aux mains et bras <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					À tout le corps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					Aux mains et bras <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					À tout le corps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous des temps de repos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										Si oui, combien de fois par jour?					Durée totale par jour					Étiez-vous exposé au froid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien d'heures par jour en moyenne?		
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																								
Emploi antérieur																								
De	A	A	A	A	M	M	J	J	À	A	A	A	A	M	M	J	J	Emploi ou titre de la fonction						
Nom de l'employeur (raison sociale)																								
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur										N°		Rue				Bureau								
Ville						Province						Pays				Code postal								
Décrivez vos tâches.																								
Type(s) d'outil(s) ou de machinerie utilisé(s) (Précisez s'il y a lieu le type de véhicule utilisé et le type de siège.)										Pendant combien de temps avez-vous utilisé ces outils, cette machinerie ou ce véhicule? A A A A / M M à A A A A / M M					Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine		Nombre de semaines par année		Étiez-vous exposé à des vibrations?			
																					Aux mains et bras <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					À tout le corps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					Aux mains et bras <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
																					À tout le corps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous des temps de repos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										Si oui, combien de fois par jour?					Durée totale par jour					Étiez-vous exposé au froid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, combien d'heures par jour en moyenne?		
Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé? <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 réclamation? Oui Non

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

1	Nom				Spécialité									
	Adresse N°	Rue		Bureau		Examens subis		Date						
	Ville		Province	Pays	Code postal			A	A	A	A	M	M	J
2	Nom				Spécialité									
	Adresse N°	Rue		Bureau		Examens subis		Date						
	Ville		Province	Pays	Code postal			A	A	A	A	M	M	J
3	Nom				Spécialité									
	Adresse N°	Rue		Bureau		Examens subis		Date						
	Ville		Province	Pays	Code postal			A	A	A	A	M	M	J
4	Nom				Spécialité									
	Adresse N°	Rue		Bureau		Examens subis		Date						
	Ville		Province	Pays	Code postal			A	A	A	A	M	M	J
5	Nom				Spécialité									
	Adresse N°	Rue		Bureau		Examens subis		Date						
	Ville		Province	Pays	Code postal			A	A	A	A	M	M	J

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

D. Commentaires

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

E. Signature

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

Signature du travailleur

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---