

## Comment remplir le formulaire

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint de surdité causée par votre travail.

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. Vous devez également envoyer l'autorisation de communication de renseignements pour Retraite Québec dûment signée et, si cela s'applique à votre situation, celle pour la Commission de la construction du Québec.

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 :

- **inscrivez le nom et l'adresse de tous les employeurs où vous présumez que vous avez contracté votre maladie, en commençant par l'employeur actuel ou le plus récent;**
- **si l'espace est insuffisant, utilisez un feuillet séparé ou remplissez un autre formulaire.**

## Autorisation d'obtenir des renseignements relatifs aux emplois occupés

Au cours du traitement de votre réclamation, des renseignements relatifs aux emplois que vous avez occupés peuvent être nécessaires à des fins d'admissibilité et pour imputer le coût des prestations aux employeurs pour lesquels vous avez exercé un travail de nature à engendrer une surdité professionnelle.

La CNESST demande votre autorisation afin d'obtenir ces renseignements auprès de Retraite Québec et de la Commission de la construction du Québec.

Vous pouvez donner votre autorisation en complétant les autorisations de communication de renseignements ci-jointes.

Il est très important que vous nous transmettiez toute l'information pertinente à l'étude de votre demande; utilisez la section « D. Commentaires » ou annexe 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 personnels 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 par 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.



N° de dossier  
du travailleur

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

N° d'assurance maladie

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

Date de l'événement

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

## A. Renseignements sur le travailleur

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

## B. Historique d'emploi (liste des emplois qui, selon vous, ont contribué au développement de votre surdité)

Êtes-vous à la retraite ?  Oui  Non Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_

### Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)

De	Année	Mois	Jour	À	Année	Mois	Jour	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 les sources de bruit dans votre milieu de travail (ex. : vos tâches, les outils ou machineries utilisés dans votre emploi, les bruits d'impact, d'autres sources de bruit dans votre environnement de travail).


Détaillez la durée d'exposition aux tâches qui, selon vous, ont contribué au développement de votre surdité. Veuillez, pour chacune des tâches, indiquer le nombre d'heures par jour, le nombre de jours par semaine, le nombre de semaines par année et le nombre d'années.


### Des mesures de bruit ont-elles été prises dans votre environnement de travail ?

Oui (veuillez indiquer en quelle année) \_\_\_\_\_  Non  Je ne sais pas

S'il y a des indicateurs qui vous permettent d'affirmer que cet environnement de travail était bruyant, veuillez les identifier (ex. : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à un mètre de distance).












## C. Information relative à votre surdité

Votre perte de l'ouïe a-t-elle été progressive ?

Oui  Non

Par le passé, avez-vous consulté un médecin, un audiologiste, un audioprothésiste ou une autre personne pour vos problèmes de surdité ?

Oui  Non Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses de ces personnes, leur spécialité et la date approximative de la consultation.

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

Avez-vous déjà passé un ou plusieurs audiogrammes ?  Oui  Non

Si oui, en quelle(s) année(s) ? \_\_\_\_\_

Portez-vous des prothèses auditives ?  Oui  Non

Si oui, depuis combien de temps et à quelle(s) oreille(s) ?

À quelle date la première prothèse auditive a-t-elle été prescrite ?

Par qui (nom du professionnel de la santé ou de l'audiologiste) ?

Quand avez-vous pris connaissance du lien probable entre votre travail et votre surdité ? (mois et année)

**NB. – Si vous manquez d'espace, complétez l'information en utilisant la section « D. Commentaires ».**



Madame,  
Monsieur,

Par la présente, j'autorise Retraite Québec à transmettre à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) les renseignements suivants, qui figurent au registre des cotisants :

1. La liste des employeurs (raison sociale et numéro d'entreprise du Québec) pour qui j'ai travaillé.
2. Les années où j'ai travaillé pour chacun de ces employeurs.

Ces renseignements concernent la réclamation pour la lésion professionnelle que j'ai présentée à la CNESST.

Ces renseignements sont nécessaires à la CNESST pour l'analyse de ma réclamation ou pour l'imputation du coût des prestations aux employeurs pour qui j'ai exercé un travail de nature à engendrer ma maladie professionnelle.

Nom	Prénom
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (A A A A) (M M) (J J)	N° d'assurance sociale <input type="text"/>

Signature

Date



Madame,  
Monsieur,

Par la présente, j'autorise la Commission de la construction du Québec à transmettre à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) les renseignements figurant dans mon dossier « *Historique des heures travaillées dans l'industrie de la construction* ».

Ces renseignements concernent la réclamation pour la lésion professionnelle que j'ai présentée à la CNESST.

Ces renseignements sont nécessaires à la CNESST pour l'analyse de ma réclamation ou pour l'imputation du coût des prestations aux employeurs pour qui j'ai exercé un travail de nature à engendrer ma maladie professionnelle.

Nom	Prénom
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (A A A A) (M M) (J J)	Numéro de client - CCQ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Signature

Date