CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

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.

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.

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

Emploi antérieur

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

Emploi antérieur

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

Emploi antérieur

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

Emploi antérieur

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

Emploi antérieur

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 (exemples : 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. (Exemples : affiches, voyants lumineux, fiches signalétiques de l'équipement de travail, la nécessité de porter des protecteurs auditifs, la difficulté de tenir une conversation à 1 mètre de distances, autres…)

CNESST

ANNEXE À LA RÉCLAMATION DU TRAVAILLEUR
MALADIE PROFESSIONNELLE – SURDITÉ
Santé et sécurité du travail

C. Information relative à votre surdité

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

☐ **Oui** ☐ **Non**

Avez-vous déjà consulté pour vos problèmes de surdité (médecin, audiologiste, etc.) ?

☐ **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 1 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 médecin ou de l'audiologiste) ?

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 surdité.

E. Signature

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont véridiques et complets	Signature du travailleur A A A A M M J J