

## Comment remplir le formulaire

Vous devez remplir ce formulaire lorsque vous croyez être atteint d'une maladie professionnelle 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 à la CNESST. 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 | A | A | A | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| A. Renseignements sur le travailleur       |        |
|--|--------|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | Prénom |
| <br>                                       | <br>   |

**B. Historique d'emploi**

**Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)**

| De  | Année | Mois | Jour     | A  | 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 vos tâches**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Quels sont les facteurs (produits, substances, etc.) susceptibles d'avoir causé votre maladie ?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|   |  |                          |                             |                              |
|---|--|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Depuis combien de temps travaillez-vous dans ces conditions ? | En moyenne, pendant combien de temps avez-vous travaillé dans ces conditions ? | Nombre d'heures par jour | Nombre de jours par semaine | Nombre de semaines par année |
|   |  |                          |                             |                              |

|   |                |   |
|---|----------------|---|
| Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <b>Si oui,</b> | précisez les périodes ou les circonstances.         |
|   |                | combien de fois par jour, par semaine ou par mois ? |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Selon vous, est-ce que des mesures ont été mises en place concernant les produits ou les substances auxquels vous avez été exposé ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, quand ? _____ | Quels sont les moyens que vous utilisez pour vous protéger ? (Décrivez-les) | Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?<br><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 (raison sociale)   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur   |       |   |      | N°   |                          | Rue  |  | Bureau                         |                              |
| Ville   |       |   |      | Province   |                          | Pays |  | 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 ? |      |  | Nombre d'heures par jour |      | Nombre de jours par semaine  |                                | Nombre de semaines par année |
| Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |       |   |      | Si oui, précisez les périodes ou les circonstances.<br>combien de fois par jour, par semaine ou par mois ? |                          |      |  |                                |                              |
|   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Selon vous, est-ce que des mesures ont été mises en place concernant les produits ou les substances auxquels vous avez été exposé ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, quand ? _____ |       |   |      | Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)                            |                          |      | Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?<br><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 (raison sociale)   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur   |       |   |      | N°   |                          | Rue  |  | Bureau                         |                              |
| Ville   |       |   |      | Province   |                          | Pays |  | 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 ? |      |  | Nombre d'heures par jour |      | Nombre de jours par semaine  |                                | Nombre de semaines par année |
| Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |       |   |      | Si oui, précisez les périodes ou les circonstances.<br>combien de fois par jour, par semaine ou par mois ? |                          |      |  |                                |                              |
|   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Selon vous, est-ce que des mesures ont été mises en place concernant les produits ou les substances auxquels vous avez été exposé ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, quand ? _____ |       |   |      | Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)                            |                          |      | Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?<br><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 (raison sociale)   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur   |       |   |      | N°   |                          | Rue  |  | Bureau                         |                              |
| Ville   |       |   |      | Province   |                          |      | Pays   |                                | 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 ? |      |  | Nombre d'heures par jour |      | Nombre de jours par semaine  |                                | Nombre de semaines par année |
| Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |       |   |      | Si oui, précisez les périodes ou les circonstances.<br>combien de fois par jour, par semaine ou par mois ? |                          |      |  |                                |                              |
|   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Selon vous, est-ce que des mesures ont été mises en place concernant les produits ou les substances auxquels vous avez été exposé ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, quand ? _____ |       |   |      | Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)                            |                          |      | Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?<br><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 (raison sociale)   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur   |       |   |      | N°   |                          | Rue  |  | Bureau                         |                              |
| Ville   |       |   |      | Province   |                          |      | Pays   |                                | 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 ? |      |  | Nombre d'heures par jour |      | Nombre de jours par semaine  |                                | Nombre de semaines par année |
| Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |       |   |      | Si oui, précisez les périodes ou les circonstances.<br>combien de fois par jour, par semaine ou par mois ? |                          |      |  |                                |                              |
|   |       |   |      |  |                          |      |  |                                |                              |
| Selon vous, est-ce que des mesures ont été mises en place concernant les produits ou les substances auxquels vous avez été exposé ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, quand ? _____ |       |   |      | Quels étaient les moyens que vous utilisiez pour vous protéger ? (Décrivez-les)                            |                          |      | Selon vous, d'autres travailleurs du même établissement ont-ils eu les mêmes problèmes de santé ?<br><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 professionnels de la santé 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 |            |               |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 | Nom        |          |      |             | Spécialité |               |  |   |
|   | Adresse N° | Rue      |      | Bureau      |            | Examens subis |  | Date  |
|   | Ville      | Province | Pays | Code postal |            |               |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 | Nom        |          |      |             | Spécialité |               |  |   |
|   | Adresse N° | Rue      |      | Bureau      |            | Examens subis |  | Date  |
|   | Ville      | Province | Pays | Code postal |            |               |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 | Nom        |          |      |             | Spécialité |               |  |   |
|   | Adresse N° | Rue      |      | Bureau      |            | Examens subis |  | Date  |
|   | Ville      | Province | Pays | Code postal |            |               |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 | Nom        |          |      |             | Spécialité |               |  |   |
|   | Adresse N° | Rue      |      | Bureau      |            | Examens subis |  | Date  |
|   | Ville      | Province | Pays | Code postal |            |               |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**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