



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 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 :

- 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.

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 maladie professionnelle pulmonaire.

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 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. À moins d'une révocation écrite, les consentements demeurent valides jusqu'à la fin du traitement de la réclamation.

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. Au besoin, vous pouvez adresser une demande au Responsable de l'accès et de la protection des renseignements personnels de la CNESST. Vous pouvez également consulter la politique de confidentialité de la CNESST, disponible sur le site Internet 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

Emploi actuel (ou dernier emploi occupé)

De	À	Emploi ou titre de la fonction
Nom de l'employeur (raison sociale)		
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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 ?

précisez les périodes ou les circonstances.

☐ Oui ☐ Non

Si oui,

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 ?

☐ Oui ☐ Non

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 ?

☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique)				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
Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?		précisez les périodes ou les circonstances.		
☐ Oui ☐ Non		Si oui, 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 ?		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 ?
☐ Oui ☐ Non Si oui, quand ?				☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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
Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?		précisez les périodes ou les circonstances.		
☐ Oui ☐ Non		Si oui, 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 ?		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 ?
☐ Oui ☐ Non Si oui, quand ?				☐ Oui ☐ Non

Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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
Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?		précisez les périodes ou les circonstances.		
☐ Oui ☐ Non		Si oui, 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 ?		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 ?
☐ Oui ☐ Non Si oui, quand ?				☐ Oui ☐ Non
Emploi antérieur				
De		À	Emploi ou titre de la fonction	
Nom de l'employeur (raison sociale)				
Adresse de l'établissement auquel est rattaché le travailleur (numéro civique, 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
Y a-t-il des périodes ou des circonstances particulières où votre exposition a été plus importante ?		précisez les périodes ou les circonstances.		
☐ Oui ☐ Non		Si oui, 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 ?		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 ?
☐ Oui ☐ Non Si oui, quand ?				☐ Oui ☐ 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	Date de la consultation
	Adresse Numéro Rue Bureau				Examens subis	
	Ville Province Pays		Code postal			
2	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse Numéro Rue Bureau				Examens subis	
	Ville Province Pays		Code postal			
3	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse Numéro Rue Bureau				Examens subis	
	Ville Province Pays		Code postal			
4	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse Numéro Rue Bureau				Examens subis	
	Ville Province Pays		Code postal			
5	Nom				Spécialité	Date de la consultation
	Adresse Numéro Rue Bureau				Examens subis	
	Ville Province Pays		Code postal			

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 fournis sont véridiques. Quiconque fait une fausse déclaration commet une infraction et est passible d'une amende.

Signature du travailleur

Date

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	N° d'assurance sociale

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	N° de client - CCQ

Signature

Date