

Vous devriez utiliser le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition (travailleur) - (PDIE)* (formulaire 3958B) pour déclarer un incident imprévu entraînant une exposition professionnelle par suite d'une fuite, d'un déversement, d'une rupture, d'une émission inattendue, d'une explosion, d'un rejet d'une matière physique ou d'un produit chimique dangereux ou encore d'un contact avec une matière infectieuse ou un agent biologique.

En soumettant ce formulaire, vous nous aidez à recueillir des renseignements sur l'incident d'exposition pour que nous puissions traiter votre demande plus rapidement si vous contractez une maladie dans l'avenir.

Vous devriez remplir le formulaire si vous subissez une exposition inattendue. Les employeurs remplissent le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition (employeur) - (PDIE)* - (formulaire 3959B).

Vous devriez seulement soumettre le formulaire de déclaration d'incident d'exposition à l'intention des travailleurs si un incident d'exposition inattendu est survenu et qu'il n'y a eu :

- aucune interruption de travail;
- aucune maladie.

**Si vous êtes malade et que vous nécessitez un traitement médical (comme des épreuves diagnostiques, un médicament sur ordonnance ou un traitement continu) en raison de l'incident, vous et votre employeur devriez présenter un avis de lésion ou de maladie.**

---

**Si votre employeur déclare l'exposition, vous pouvez lui remettre ce formulaire pour qu'il le joigne à son envoi. Vous pouvez aussi l'envoyer directement à la WSIB.**

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

---

**Pour déclarer un incident d'exposition par téléphone** ou si vous avez des questions sur le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition (travailleur) - (PDEI)*, appelez-nous :

Sans frais : 1-800-387-0750

Numéro local : 416-344-1000

ATS : 1-800-387-0050

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Réservé à la WSIB			
Numéro d'entreprise	Numéro de taux	Code de l'unité de classification	Numéro de référence

Les renseignements que vous nous fournissez nous aideront à enregistrer votre incident d'exposition. Veuillez fournir autant de détails que possible.

Vos renseignements			
Nom de famille	Prénom	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Sexe Homme      Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	

Renseignements sur votre employeur	
Nom de l'employeur (au moment de l'incident)	Date d'embauche (jj/mm/aaaa)
Décrivez la nature des activités de l'employeur	Votre profession/poste
Adresse de l'employeur	
Ville	Province      Code postal
Lieu de l'incident	

Détails de l'incident			
<p><b>Remplissez la section A</b> dans le cas d'une exposition à une matière infectieuse ou  <b>la section B</b> dans le cas d'une exposition à des produits chimiques ou à une autre matière présente dans le lieu de travail.</p>			
<b>Section A - (matière infectieuse)</b>	Date de l'exposition (jj/mm/aaaa)	Heure de l'exposition	Matin Après-midi
Veuillez décrire comment vous êtes entré(e) en contact avec la matière infectieuse (cochez une case) :			
<input type="checkbox"/> Coupure ou éraflure <input type="checkbox"/> Éclaboussure de liquide organique <input type="checkbox"/> Toux, éternuement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
Source d'exposition		Région du corps atteinte	
Quelle matière infectieuse est soupçonnée? (cochez une case) :			
<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Rage	<input type="checkbox"/> Hépatite
<input type="checkbox"/> Salmonelle	<input type="checkbox"/> Gale	<input type="checkbox"/> Zona	<input type="checkbox"/> Inconnue
		<input type="checkbox"/> Charbon bactérien <input type="checkbox"/> Campylobactériose	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			
Si vous avez contracté une maladie liée à cet incident, veuillez remplir un <i>Avis de lésion ou de maladie (travailleur)</i> – (formulaire 6). Pour plus de renseignements, veuillez composer le 1-800-387-0750.			

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Détails de l'incident (suite)			
<b>Section B - (Produits chimiques ou autre matière)</b>	Date de l'exposition (jj/mm/aaaa)	Heure de l'exposition	Matin Après-midi
Veuillez décrire ce qui s'est passé (cochez une case) : Fuite          Déversement          Explosion          Autre (précisez) :			
Veuillez décrire où vous étiez au moment de l'incident et indiquer combien de temps vous étiez dans le secteur en question. (Si cela peut être utile, joignez un diagramme décrivant l'incident ou une feuille séparée contenant des renseignements supplémentaires.)			
Quel équipement de protection personnelle portiez-vous à ce moment-là?			

**Si l'exposition entraîne une maladie qui vous donne droit à des prestations aux termes de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (la Loi), en signant ce formulaire, vous consentez à la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles, comme l'exige le paragraphe 22 (5) de la Loi.**

Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		

Des renseignements personnels vous concernant sont recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. Ces renseignements sont utilisés pour administrer votre(vos) dossier(s) et les programmes de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB). Des renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins, de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et d'autres personnes ou organismes au besoin. Votre numéro d'assurance sociale est utilisé pour enregistrer les demandes de prestations, identifier les travailleurs(euses) et produire des relevés d'impôt. Il est recueilli aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des consultants médicaux externes, à des fournisseurs de services externes, à des chercheurs, à des tiers pour recouvrer des coûts et à d'autres personnes ou organismes en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Les appels que nous recevons ou effectuons peuvent être enregistrés pour en assurer la qualité. Toute question concernant la collecte de ces renseignements doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou encomposant le 1-800-387-0750.

**Soumettez votre formulaire d'incident d'exposition à la WSIB.**

Si votre employeur déclare l'exposition, vous pouvez lui remettre ce formulaire pour qu'il le joigne à son envoi. Vous pouvez aussi l'envoyer directement à la WSIB.

**Par la poste :** WSIB, 200 rue Front Ouest  
Toronto (Ontario) M5V 3J1

**Par télécopieur :** 416-344-4684 | 1-888-313-7373