

Vous devriez utiliser le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition (employeur) - (PDIE)* (formulaire 3959B) 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 la demande plus rapidement si une ou plusieurs personnes contractent une maladie dans l'avenir.

Vous devriez remplir ce formulaire si vous êtes une superviseuse ou un superviseur ou une personne déléguée au comité mixte sur la santé et la sécurité au travail. Si vous avez subi l'exposition, vous devriez remplir le *Formulaire de déclaration d'incident d'exposition (travailleur) - (PDIE)* - (formulaire 3958B).

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

- aucune interruption de travail;
- aucune maladie.

Si la personne est malade et qu'elle nécessite un traitement médical (comme des épreuves diagnostiques, un médicament sur ordonnance ou un traitement continu) en raison de l'incident, vous devriez vous connecter à nos services en ligne pour les entreprises et présenter un *Avis de lésion ou de maladie (employeur)*.

Une fois le formulaire rempli, vous pouvez le soumettre en ligne. Téléversez le tout à wsib.ca/fr/televerseravis.

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

Sans frais : 1-800-387-0750
Numéro local : 416-344-1000
ATS : 1-800-387-0050

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

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

Renseignements sur l'employeur			
Nom de l'employeur (au moment de l'incident)			
Numéro d'entreprise	Catégorie ou sous-catégorie	Code du SCIAN	
Adresse de l'employeur - correspondance		Ville	Province Code postal
Lieu de l'incident		Ville	Province Code postal
Quelle est la nature de votre entreprise?			

Veuillez énumérer tous les travailleurs touchés par l'incident d'exposition (joignez une autre feuille au besoin).			
1.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa) Date d'embauche
	Adresse		Ville Province Code postal
	Téléphone		Sexe Homme Femme Numéro d'assurance sociale
2.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa) Date d'embauche
	Adresse		Ville Province Code postal
	Téléphone		Sexe Homme Femme Numéro d'assurance sociale
3.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa) Date d'embauche
	Adresse		Ville Province Code postal
	Téléphone		Sexe Homme Femme Numéro d'assurance sociale
4.	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa) Date d'embauche
	Adresse		Ville Province Code postal
	Téléphone		Sexe Homme Femme Numéro d'assurance sociale

Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée.

Si votre entreprise a son propre formulaire de déclaration d'incident et que vous le soumettez avec la présente feuille, vous n'avez pas à remplir la page 2. Cependant, nous pourrions communiquer avec vous pour obtenir d'autres renseignements.

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

Détails de l'incident

Remplissez la section A dans le cas d'une exposition à une matière infectieuse ou la section B dans le cas d'une exposition à des produits chimiques ou à une autre matière présente dans le lieu de travail.

Section A - (matières infectieuses)	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"/> Charbon bactérien <input type="checkbox"/> Campylobactériose <input type="checkbox"/> Salmonelle <input type="checkbox"/> Gale <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		

Section B - (produits chimiques ou autre matière présente dans le lieu de travail)	Date de l'exposition(jj/mm/aaaa)	Heure de l'exposition Matin Après-midi
Veuillez décrire ce qui s'est passé (cochez une case) :		
<input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Déversement <input type="checkbox"/> Explosion <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
À quel produit chimique ou autre matière au travail le travailleur a-t-il été exposé?		
Veuillez décrire où le(s) travailleur(s) se trouvait(ent) au moment de l'exposition et indiquer combien de temps il(s) a(ont) été dans le secteur en question. (Quel équipement de protection personnelle portait(ent) le(s) travailleur(s)? Quelles mesures d'urgence ont été prises après l'incident? Qu'a-t-on fait pour maîtriser la situation? Si cela peut être utile, joignez un diagramme décrivant l'incident ou une feuille séparée contenant des renseignements supplémentaires.)		

A-t-on soumis des demandes de prestations à la WSIB pour maladie ou état pathologique relié à cet incident?	Oui	Non
(Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir une copie du document.)		
Un rapport officiel a-t-il été soumis au ministère du Travail ou au ministère de l'Environnement?	Oui	Non
Les agents du ministère se sont-ils rendus sur les lieux par suite de l'incident?	Oui	Non
Des renseignements sont-ils disponibles sur la(les) matière(s) faisant l'objet de l'incident, comme une fiche signalétique?	Oui	Non
A-t-on procédé à un échantillonnage de l'environnement par suite de l'incident?	Oui	Non

Nom de la personne remplissant le rapport	Titre officiel	
Signature	Téléphone	Date (jj/mm/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.		

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

Si la ou les personnes touchées par l'incident d'exposition professionnelle imprévue déclarent l'exposition, veuillez joindre tous leurs formulaires de déclaration d'incident d'exposition et nous les soumettre :

En ligne

Téléversez le tout en ligne : wsib.ca/fr/televerseravis.

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

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