



Téléphone : 204-954-4321
(Sans frais : 1-855-954-4321)
333, Broadway, Winnipeg R3C 4W3
wcb.mb.ca

Rapport du travailleur au sujet d'une perte auditive

Numéro de réclamation

WHL

Renseignements sur le travailleur (Veuillez inscrire les dates en suivant le format JJ-MM-AAAA.)

Nom de famille		Prénom	
Adresse			Numéro de téléphone
Ville	Province	Code postal	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
Numéro d'assurance sociale	Genre	NIP	Titre du poste

Renseignements sur l'employeur

Nom d'entreprise		Adresse	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

Détails de la blessure

1. Quand avez-vous d'abord pris conscience de votre problème d'audition? Avez-vous signalé le problème à votre employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand? Nom et titre de la personne à qui vous avez signalé le problème :			
2. La perte auditive était-elle <input type="checkbox"/> Soudaine ou <input type="checkbox"/> Graduelle Si elle était soudaine, veuillez expliquer :			
3. Avez-vous déjà souffert de l'une des maladies/conditions suivantes? Dans les deux sections, veuillez cocher la case appropriée à côté de chacun des éléments suivants :			
Maladie ou problème médical		Médecin consulté et date(s), le cas échéant	
Étourdissements		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Méningite		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Rhinite allergique		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Oreillons		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Rougeole		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Scarlatine		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Traumatisme crânien		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Quelle oreille est touchée?	Médecin consulté et date(s), le cas échéant	
Lésion à l'oreille	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Aucune		
Chirurgie de l'oreille	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Aucune		
Écoulement de l'oreille	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Aucune		
Bourdonnement	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Aucune		
4. Y a-t-il un historique de surdité ou de perte auditive dans votre famille? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez expliquer :			
5. Avez-vous déjà pris ou prenez-vous des médicaments sur une base régulière? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer les médicaments :			
6. Le bruit au travail est-il <input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Occasional			
7. Au travail, quelle protection auditive utilisez-vous? <input type="checkbox"/> Bouchons d'oreille <input type="checkbox"/> Casque antibruit <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Marque et modèle _____ Depuis quand une protection auditive est-elle disponible? _____ Depuis quand portez-vous une protection auditive? _____			

8. Avez-vous déjà subi un examen auditif? Oui Non

Nom de la personne qui a pratiqué l'examen :

Adresse :

Date(s) :

9. Avez-vous soumis ou prévoyez-vous soumettre une réclamation pour perte auditive à une commission autre que la WCB? Oui Non

Si oui, quelle commission?

La réclamation a-t-elle été acceptée? Oui Non

10. Avez-vous déjà pris part ou prenez-vous **actuellement** part aux activités suivantes :

		À quelle fréquence?
Course automobile ou pilotage d'aéronef	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Motoneige ou motocyclette	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Motonautisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Opération de machinerie agricole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Opération d'outils électriques domestiques (p. ex., scies, perceuses, meuleuses)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Musique au volume élevé Écoute de la radio ou de musique avec des écouteurs Instruments de musique ou amplifiés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Chasse ou tir sportif <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Droitier	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

11. Avez-vous déjà été membre des forces armées? Oui Non Si oui, veuillez indiquer votre numéro matricule _____

Dans quel métier? _____ Avez-vous déjà été exposé(e) aux tirs? Oui Non

Date du service : De _____ (année) à _____ (année)

Recevez-vous une pension relativement à votre problème d'audition? Oui Non

12. Attribuez-vous votre perte auditive à un emploi chez un employeur spécifique ou chez certains employeurs ou encore à votre expérience de travail générale?

Veuillez expliquer :

13. Avez-vous déjà été exposé(e) à une explosion sourde? Oui Non
Si oui, veuillez expliquer :

À ÊTRE REMPLIE PAR TOUS LES TRAVAILLEURS

J'atteste que les renseignements fournis dans cette page et celles qui précèdent sont véridiques, exacts et complets à tous égards.

Je consens à aviser immédiatement la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) de tout changement aux circonstances touchant cette réclamation, y compris tout retour au travail ou revenu provenant d'un emploi.

Je comprends qu'en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, les éléments suivants constituent une infraction possible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement :

- a) soumettre intentionnellement une fausse déclaration à la WCB ayant une incidence sur le droit à une indemnisation de l'individu; et
- b) ne pas informer la WCB d'un changement important de circonstances affectant le droit à une indemnisation de l'individu dans les dix jours suivant l'entrée en vigueur de ce changement.

Renonciation liée aux renseignements médicaux

J'autorise la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) à obtenir tous les renseignements médicaux se rapportant à cette réclamation, y compris des audiogrammes et d'autres évaluations audiologiques, et à mener toutes les enquêtes nécessaires au traitement de cette réclamation.

Renonciation liée aux renseignements sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada

Par la présente, j'autorise l'ARC à remettre à la Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) des copies de mes déclarations de revenus et d'autres renseignements fiscaux, notamment tous les feuillets, annexes et états financiers à l'appui. Ces renseignements serviront :

- 1) à établir mes gains moyens nets; et
- 2) à déterminer et à vérifier mon admissibilité aux indemnités en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*.

Cette autorisation est valide pour les deux années d'imposition antérieures à l'année où elle a été signée et pour chaque année d'imposition ultérieure durant laquelle des indemnités sont versées.

Signature du travailleur

Date (jj-mm-aaaa)



Téléphone : 204-954-4321
(Sans frais : 1-855-954-4321)
333, Broadway, Winnipeg R3C 4W3
wcb.mb.ca

Sommaire des antécédents professionnels – Perte auditive

Numéro de réclamation

WHHL

Nom du travailleur

Veuillez indiquer les renseignements complets sur vos antécédents professionnels en commençant par votre premier emploi et en terminant par votre poste le plus récent. Indiquez les renseignements complets sur l'adresse actuelle de l'employeur et sur l'adresse de votre lieu d'emploi si elle est différente de l'adresse actuelle de l'employeur. Veuillez vous assurer d'inclure tout travail effectué à l'extérieur de la province et du Canada.

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

Courte description de la profession et de la proximité du bruit

Type de machinerie ou d'équipement utilisé :

Exposition au bruit fort

heures par jour

Portiez-vous une protection auditive? Oui Non

Comment était votre audition à cette époque?

Durée de l'emploi

De :

à

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

Courte description de la profession et de la proximité du bruit

Type de machinerie ou d'équipement utilisé :

Exposition au bruit fort

heures par jour

Portiez-vous une protection auditive? Oui Non

Comment était votre audition à cette époque?

Durée de l'emploi

De :

à

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

Courte description de la profession et de la proximité du bruit

Type de machinerie ou d'équipement utilisé :

Exposition au bruit fort

heures par jour

Portiez-vous une protection auditive? Oui Non

Comment était votre audition à cette époque?

Durée de l'emploi

De :

à

Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Courte description de la profession et de la proximité du bruit		
Type de machinerie ou d'équipement utilisé :		
Exposition au bruit fort heures par jour	Portiez-vous une protection auditive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Comment était votre audition à cette époque?		
Durée de l'emploi		
De :	à	
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Courte description de la profession et de la proximité du bruit		
Type de machinerie ou d'équipement utilisé :		
Exposition au bruit fort heures par jour	Portiez-vous une protection auditive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Comment était votre audition à cette époque?		
Durée de l'emploi		
De :	à	
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Courte description de la profession et de la proximité du bruit		
Type de machinerie ou d'équipement utilisé :		
Exposition au bruit fort heures par jour	Portiez-vous une protection auditive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Comment était votre audition à cette époque?		
Durée de l'emploi		
De :	à	
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Courte description de la profession et de la proximité du bruit		
Type de machinerie ou d'équipement utilisé :		
Exposition au bruit fort heures par jour	Portiez-vous une protection auditive? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Comment était votre audition à cette époque?		
Durée de l'emploi		
De :	à	

Numéro de réclamation

E

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

Courte description de la profession et de la proximité du bruit

Type de machinerie ou d'équipement utilisé :

Exposition au bruit fort

heures par jour

Portiez-vous une protection auditive? Oui Non

Comment était votre audition à cette époque?

Durée de l'emploi

à

De :

Envoyez ce formulaire par télécopieur – Winnipeg : 204-954-4999 | Sans frais : 1-877-872-3804