



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"/> Occasionnel		
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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle commission? La réclamation a-t-elle été acceptée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez indiquer votre numéro matricule _____ Dans quel métier? _____ Avez-vous déjà été exposé(e) aux tirs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du service : De _____ (année) à _____ (année) Recevez-vous une pension relativement à votre problème d'audition? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement :

- soumettre intentionnellement une fausse déclaration à la WCB ayant une incidence sur le droit à une indemnisation de l'individu; et
- 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 :

- à établir mes gains moyens nets; et
- 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)



Sommaire des antécédents professionnels – Perte auditive

Numéro de réclamation

WHHL

Nom du travailleur

Veillez 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. Veillez 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

De : à

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