

FORMULAIRE D'ENQUÊTE DE MALADIE



Les travailleurs ou leurs représentants peuvent utiliser ce formulaire pour documenter et créer un profil d'exposition pour les travailleurs avec une maladie professionnelle potentielle ou diagnostiquée.

Note : Ce formulaire pourrait être assignée à comparaître devant le tribunal (par exemple, pour l'utilisation lors d'un appel de réclamation d'indemnisation).

Date : _____

Général			
Nom (travailleur) :		Proches (si l'employé est décédé) :	
Adresse :			
Numéro de téléphone (personnel et professionnel) :		Adresse courriel (personnelle et professionnelle) :	
Personnel :		Personnelle :	
Au travail :		Au travail :	
Profil de travail			
Date d'embauche :	Durée de service :	Durée moyenne d'un quart :	Heures travaillées par semaine :
Postes détenus	Description des tâches (par exemple, matériaux utilisés)	Expositions potentielles :	
Profil d'exposition			
Risque :		Lieu :	
Description de l'exposition :			
Voie d'entrée :	Fréquence :	Durée de temps :	
Inhalation (bouche, nez, etc.)	Une fois	Constant	
Absorption (peau, yeux, etc.)	À toutes les heures	Minutes _____	
Ingestion (avaler, etc.)	Tous les jours	Heures _____	
Injection (aiguille)	À toutes les semaines	Autre : _____	
	À tous les mois		
	Autre : _____		

Symptômes, causes et diagnostics		
Est-ce que le travailleur a reçu un diagnostic? O N		Par qui?
Diagnostic :		Date du diagnostic :
Cause(s) de la maladie : (Incluez tout certificat de décès, rapport d'autopsie, opinions médicales de l'employé ou proches)		
Note : Un diagnostic ne donnera pas toujours une cause de maladie.		
Symptômes :		
Évaluation médicale et traitement		
Fournisseurs de soins de santé consultés :	Date :	Traitement et pronostic, s'il y en a :
Information ci-jointe		
Schéma fonctionnel du lieu de travail Rapports/dossiers sur l'exposition Sondages au lieu de travail Fiches de données signalétiques sur la sécurité Rapports/ordres pertinents du Ministère du Travail Rapports d'hygiène professionnelle	Organigramme du processus Procédure de travail sécuritaire Schéma corporel Carte d'expositions Évaluation médicale Procès-verbaux pertinents du CMSS	Formulaire 6 de la CSPAAT Formulaire 7 de la CSPAAT Formulaire 8 de la CSPAAT Formulaire des capacités fonctionnelles Formulaire 3958A de la CSPAAT Autre : _____
Nom et coordonnées des travailleurs souffrant de signes et symptômes semblables, s'il y en a		Description de la maladie, s'il y en a
Notes supplémentaires		

Signature : _____

Signature : _____