

Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail

Directives

Remplissez ce formulaire si un employé subit une perte d'audition due au bruit et liée au travail. Vous devez envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB **dans un délai de trois jours** après l'une des dates suivantes : la date de l'accident si la blessure ou la maladie pourrait donner droit à l'employé ou à une (des) personne(s) à sa charge à des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick; la date à laquelle la maladie professionnelle a été diagnostiquée chez l'employé; ou la date à laquelle l'employé vous a avisé de l'accident / la blessure ou de la maladie. Une perte d'audition due au bruit est une maladie professionnelle. Si la perte d'audition de votre employé découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez plutôt remplir le [Rapport de l'employeur sur la blessure ou la maladie](#).

Voici les renseignements dont vous aurez besoin :

- Date à laquelle votre employé vous a avisé de la perte d'audition
- Détails de l'exposition au bruit
- Date du début de tout travail modifié (heures réduites, changement au niveau des tâches, etc.), si cela s'applique

Exigences supplémentaires en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*

Vous devez aviser sans délai Travail sécuritaire NB si un accident provoque une perte de connaissance, une amputation, une fracture (autre qu'aux doigts ou aux orteils), une brûlure qui nécessite des soins médicaux, une perte de vision d'un œil ou des deux yeux, une lacération profonde, une hospitalisation ou un décès. Pour ce faire, vous pouvez téléphoner immédiatement au 1 800 999-9775. Apprenez-en plus sur vos obligations en vertu de la *Loi* en consultant le [Guide sur la législation en matière d'hygiène et de sécurité au travail](#) (site Web ou application).

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter travailsecuritairenb.ca/employeurs. Si vous avez des questions, vous pouvez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer à le remplir, sinon les données pourraient être perdues. Si vous ouvrez le formulaire au moyen d'un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer à le remplir, sinon les données pourraient être perdues. Si vous ouvrez le formulaire au moyen d'un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Date du rapport

1. Rapport

Avez-vous été avisé de la perte d'audition liée au bruit dans les trois jours précédant ce rapport?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Date à laquelle vous avez été avisé de la perte d'audition		
Nom de la personne au lieu de travail qui a été avisée		
L'employé a-t-il été avisé de son droit de présenter une demande de prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'employé a-t-il l'intention de présenter une demande de prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		

2. Renseignements sur l'employeur

Nom de l'employeur		Numéro de l'employeur		Numéro d'activité	
Numéro et rue, ou case postale					
Ville / Village		Code postal		Numéro de télécopieur	
Personne-ressource chez l'employeur			Titre de poste		
Courriel de la personne-ressource					
Numéro de téléphone de la personne-ressource (travail)			Numéro de téléphone de la personne-ressource (cellulaire / autre)		

3. Renseignements sur l'employé

Prénom de l'employé		Nom de famille de l'employé			
Numéro et rue				Numéro d'appartement	
Ville / Village		Code postal		Date de naissance	
Numéro de téléphone (domicile)		Numéro de téléphone (cellulaire)		Numéro de téléphone (travail / autre)	
Profession			Numéro d'assurance sociale		

4. Détails sur l'exposition au bruit

L'employé a-t-il subi un audiogramme vers le début de son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez fournir une copie du rapport.	
L'employé est-il encore au service de votre entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, à quel titre?		Si non, quand son emploi a-t-il pris fin?	
L'employé a-t-il subi un audiogramme vers la fin de son emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez fournir une copie du rapport.	
Adresse ou endroit où la perte d'audition ou l'exposition au bruit est survenue (si l'adresse diffère de celle indiquée à la page précédente)			
Dates de l'exposition au bruit à long terme Du		Au	
L'exposition possible au bruit était-elle continue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'exposition possible au bruit était-elle intermittente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Veuillez décrire.			
Avez-vous fourni des protecteurs auditifs à l'employé et était-il tenu de les porter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Décrivez le type de protecteurs auditifs utilisé et la classification, si ces renseignements sont disponibles.			
L'employé portait-il habituellement les protecteurs auditifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
L'employé a-t-il reçu les directives nécessaires quant à leur utilisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Le niveau de bruit ou de décibels a-t-il été mesuré dans les secteurs de travail de l'employé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez fournir le rapport et la documentation à l'appui, en précisant le nom de l'organisme ou de la personne qui a effectué le test.			
Si l'emploi de l'employé a pris fin avant que les niveaux de bruit ont été mesurés dans les secteurs en question, estimez si les niveaux de bruit sont aujourd'hui :			
<input type="checkbox"/> Les mêmes <input type="checkbox"/> Plus élevés <input type="checkbox"/> Moins élevés			
L'employé a-t-il déjà été exposé à une explosion? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Veuillez décrire.			

5. Antécédents de travail

Secteur de travail, usine ou département		Profession	
Source de l'exposition au bruit (équipement et outils utilisés)			
Durée de l'emploi. Du		Au	
Date(s) à laquelle (auxquelles) les niveaux de bruit ont été mesurés	Niveau(x) de bruit	Nombre d'heures d'exposition	

6. Déclaration et consentement

Avez-vous une objection à ce que votre employé reçoive des prestations d'indemnisation pour sa perte d'audition? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer (maximum de 2 000 caractères). Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille distincte.

- Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à l'emploi que l'employé touche, à ma connaissance, pendant qu'il reçoit des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur la demande de prestations du travailleur.
- J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements contenus dans ce rapport, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de la vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Nom	Signature	Date

7. Transmission

Pour transmettre votre rapport par courriel, sauvegardez-le à votre ordinateur une fois rempli et joignez-le ensuite à un courriel. Dans la ligne de mention objet, veuillez indiquer « Rapport de l'employeur sur la perte d'audition liée au travail ». Envoyez le courriel à app-dem@ws-ts.nb.ca.

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer votre rapport par la poste ou par télécopie à l'adresse suivante :

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9
Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722