

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA PERTE AUDITIVE (TRAVAIL SÉCURITAIRE NB)

Nom : _____ N° de réclamation : _____ Date : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS EN DONNANT AUTANT DE DÉTAILS QUE POSSIBLE.

- 1) Quand avez-vous consulté un médecin ou un spécialiste de l'audition pour la première fois pour votre perte auditive? _____
- 2) Qui avez-vous consulté? (nom du médecin ou de la clinique) _____
- 3) Votre perte auditive est-elle apparue : **Graduellement?** (sur une période de temps)
Soudainement? (tout d'un coup)
- 4) Avez-vous subi un audiogramme? (examen auditif) **Oui** **Non**
 Si non, veuillez indiquer si vous prévoyez en subir un. **Oui** **Non**
(Remarque : Un audiogramme certifié est obligatoire pour traiter votre réclamation.)
- 5) Si vous avez subi des audiogrammes, veuillez nous fournir les détails suivants.

Date	Nom du médecin, de la clinique ou de l'hôpital	Ville
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 6) Portez-vous un appareil auditif à l'heure actuelle? **Oui** **Non**
- 7) Avez-vous déjà consulté un médecin pour **d'autres** problèmes de l'oreille comme une infection ou une blessure? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature du problème :

Quel est le médecin qui vous a traité? _____

Quand vous a-t-il traité? _____

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA PERTE AUDITIVE

- 8) **DANS VOTRE VIE PERSONNELLE**, avez-vous (ou avez-vous déjà eu) des passe-temps bruyants, ou utilisez-vous (ou avez-vous déjà utilisé) des machines ou des outils électriques bruyants? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, veuillez préciser les passe-temps ou les machines utilisées. Cochez la case qui s'applique pour indiquer si vous avez utilisé un dispositif de protection de l'ouïe.

Passe-temps, activité, machine ou outil

Protection de l'ouïe?

	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- 9) Avez-vous déjà fait partie d'une division des Forces armées canadiennes ou des forces armées à l'étranger où vous avez été exposé à des niveaux de bruit élevés ou à des armes à feu? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, pendant combien d'années? _____ ans

- 10) Êtes-vous à la retraite à l'heure actuelle? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, à quelle date avez-vous pris votre retraite? _____

- 11) Avez-vous présenté une réclamation pour une perte auditive auprès d'une autre province, ou auprès d'un territoire ou d'un état? **Oui** **Non**

Dans l'affirmative, où? (Précisez toutes les provinces, ainsi que tous les territoires et états.)

REMARQUE : Vous devez remplir le *Formulaire B* ci-joint si vous avez travaillé dans une autre province, ou dans un territoire ou un état, où vous avez été exposé à du bruit qui aurait pu contribuer à votre perte auditive.

Nom: _____

N° de réclamation _____ Date: _____

FORMULAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS DE TRAVAIL

Veuillez préciser tous les employeurs pour qui vous avez travaillé, depuis que vous avez quitté l'école jusqu'à présent.

Veuillez indiquer « pas d'emploi » pour les années manquantes.

Employeur	Ville et province de vos emplois	Période de service		Genre de travail/profession (Pour chaque employeur indiquez tous les postes, et la durée de chaque poste)	Décrivez comment vous étiez exposé au bruit et la période d'exposition (heures/jour)	Protection de l'ouïe		Perte auditive signalée à cet employeur?	
		de MM/AA	à MM/AA			Oui	Non	Oui	Non
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Merci d'avoir complété ce questionnaire, et s'il vous plaît veuillez joindre des pages additionnelles à celui-ci au besoin

LC

Formulaire B – Choix de réclamer l’indemnité (inter provincial) – Perte d’audition

Nom:		Numéro de réclamation:	
Adresse:		Numéro de téléphone:	
Ville:		Date de naissance:	
Province:	Code postal:	Numéro d’assurance sociale:	

Je, soussigné, _____, souffre d’une perte d’audition qui pourrait résulter de mon emploi dans les provinces/territoires/états suivants:

- | | |
|----------------------|----|
| 1. Nouveau-Brunswick | 4. |
| 2. | 5. |
| 3. | 6. |

Je dois choisir si je réclamerai mon indemnité en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* du Nouveau-Brunswick ou de la loi d’une des autres provinces/territoires/états listés ci-dessus.

Ayant considéré la question, je choisis de réclamer une indemnité pour ma perte d’audition en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* de (du) _____.
(votre choix de province/territoire/état)

Si ma demande d’indemnisation est acceptée, j’abandonne tout droit à une indemnité dans une autre province, un autre territoire ou un autre état et y renonce. De plus, je ne ferai aucune demande et n’accepterai aucune prestation d’une autre Commission sans l’autorisation de celle que j’ai choisie en haut.

Si ma demande d’indemnisation est refusée par cette Commission, je pourrai alors faire une demande d’indemnisation de l’une des autres Commissions.

Signature du travailleur: _____ Date: _____

Veillez envoyer votre formulaire rempli au:
Travail sécuritaire NB
Case postale 160
Saint John, NB E2L 3X9

Ou le télécopier sans frais au:
1-888-629-4722

Nom du travailleur : _____ N° de réclamation : _____



1 Portland Street, P.O. Box 160
Saint John, N.B. E2L 3X9
Phone 506 632-2200
Toll-free 1 800 999-9775
Fax 1 888 629-4722
Web worksafenb.ca

1, rue Portland, case postale 160
Saint John (N.-B.) E2L 3X9
Téléphone 506 632-2200
Sans frais 1 800 999-9775
Télécopieur 1 888 629-4722
Web travailsecuritairenb.ca

Direct Deposit Enrolment

In order to receive any payments, including expense reimbursements, from WorkSafeNB, you will need to enrol in direct deposit.

For fast enrolment to direct deposit, please register for MyServices at worksafenb.ca. You will be able to create a MyServices account, and enrol for Direct Deposit instantly using the self-service tools.

If you wish to enrol in direct deposit via mail or fax, please complete WorkSafeNB's direct deposit form located at worksafenb.ca under the worker's section. Instructions for submission are included on the form.

If you have any questions, please call our toll free number:

Inscription au dépôt direct

Pour recevoir tout paiement de Travail sécuritaire NB, y compris le remboursement de dépenses, vous devrez vous inscrire au dépôt direct.

Pour vous inscrire rapidement, vous n'avez qu'à aller au portail de Mes services à l'adresse travailsecuritairenb.ca. Vous pourrez créer un dossier Mes services et vous inscrire au dépôt direct de manière instantanée à l'aide des outils de libre-service.

Si vous voulez vous inscrire au dépôt direct par courriel ou télécopie, vous devez remplir le formulaire de dépôt direct de Travail sécuritaire NB, qui se trouve à l'adresse travailsecuritairenb.ca (cliquez sur l'onglet « Travailleurs »). Le formulaire donne les directives pour la transmission.

Si vous avez des questions, vous pouvez nous téléphoner au numéro sans frais suivant :

1 800 999-9775



1, rue Portland, case postale 160
 Saint John (N.-B.) E2L 3X9
 Téléphone 506 632-2200
 Sans frais 1 800 999-9775
 Télécopieur 1 888 629-4722

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT

Remplir tous les champs à moins d'avis contraire.

Veillez aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout changement en ce qui a trait à vos coordonnées ou renseignements bancaires.

PARTIE A – Identification

Nom de famille N° de réclamation

Prénom Initiale(s)

Adresse

Ville/Village Province Code postal

PARTIE B – Renseignements bancaires

J'ai joint un chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct de mon institution financière. (Il n'est pas nécessaire de donner des renseignements bancaires.)
 Si vous joignez un chèque annulé, veuillez inscrire la mention « **NUL** » au recto.

Je ne joins PAS de chèque annulé à ce formulaire.
 J'indique mes renseignements bancaires.

N° de la succursale N° de l'institution N° de compte

5 chiffres 3 chiffres 7 chiffres – Si le numéro est plus long, inscrire les 7 derniers chiffres seulement.

Nom du(des) titulaire(s) du compte

Nom, adresse et code postal de l'institution financière
 (Cachet de l'institution accepté)

Voir la page 2 pour obtenir de l'aide à trouver les numéros.

PARTIE C – Consentement

La transmission des renseignements personnels, y compris votre numéro d'assurance sociale (NAS), est conforme aux articles 5 et 11 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux* et au paragraphe 35(2) de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Le receveur général utilisera et divulguera l'information aux institutions fédérales figurant dans la partie B et à votre institution financière, en vue d'effectuer des paiements au moyen du dépôt direct, mais ne divulguera pas votre NAS à votre institution financière. Vos renseignements personnels seront protégés, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et tel qu'il est décrit dans le fichier de renseignements personnels TPSGC POU 712 – Paiements du receveur général. En vertu de la *Loi*, vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de les corriger, s'ils sont erronés ou incomplets.

Je, soussigné-e, déclare avoir lu l'avis sur la protection des renseignements personnels et consens au recueil, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels conformément au présent avis.

J'autorise Travail sécuritaire NB à déposer mes prestations directement dans mon compte bancaire. Je comprends que l'acceptation de chaque somme déposée directement reconnaît mon droit aux prestations ou aux services pour lesquels le paiement est fait.

Signature* _____ Date

jj/mm/aaaa

*Veuillez remplir et imprimer le formulaire, puis le signer à la main. Votre signature n'est pas nécessaire si le formulaire est transmis par le système de courriel sécurisé de Mes services.



Bureau de Saint John
 Sans frais : 1 800 999-9775
 N° local : 506 632-2200
 N° de télécopieur : 1 888 629-4722

N° de réclamation :
N° d'assurance-maladie :

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

Nom de famille du travailleur :	Prénom :	Initiales :	Date de naissance :	jj	mm	aaaa
---------------------------------	----------	-------------	---------------------	----	----	------

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

Nom du fournisseur :	Code du bénéficiaire :
Rempli par :	Date de déclaration :
	jj mm aaaa
	N° de téléphone :

TYMPANOGRAMME (obligatoire pour l'évaluation diagnostique de l'audiologiste)

	POM	daPa	VCA	mL	CS	mL	Type
OD							
OG							

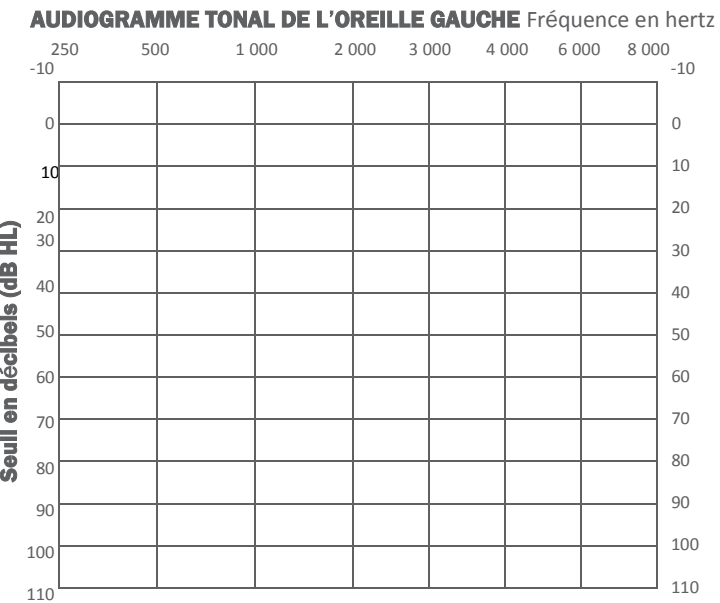
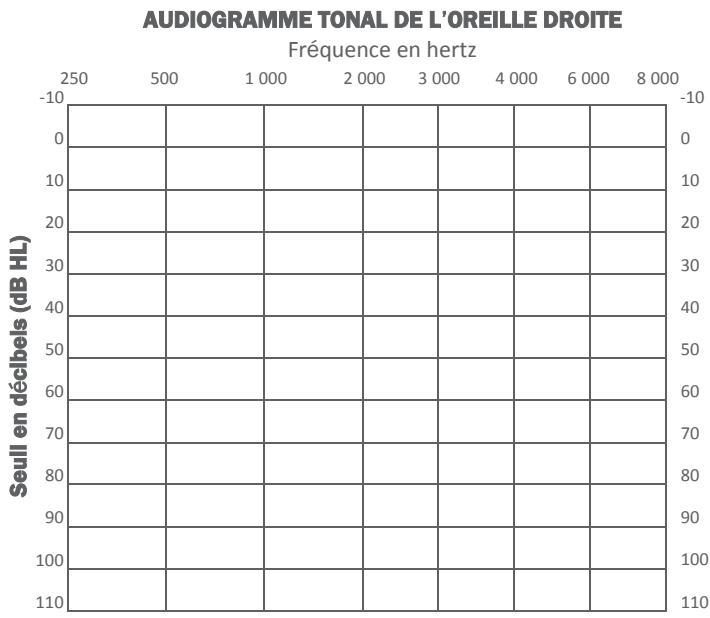
AUDIOMÉTRIE VOCALE

	Droite				Gauche			
MSP 500, 1 000, 2 000								
SI		dB	SN G	dB		dB	SN D	dB
NRM <input type="checkbox"/> En direct <input type="checkbox"/> CD	à	% dB	SN G	dB	à	% dB	SN D	dB
	à	% dB	SN G	dB	à	% dB	SN D	dB
MCL								
UCL								
Otoscopie								

RÉFLEXES ACOUSTIQUES (obligatoire pour l'évaluation diagnostique de l'audiologiste)

Seuil de réflexe de réflexe	Stimulus oreille	NSA				Casque audio :	Audiomètre :
		500	1 000	2 000	4 000		
	OD					<input type="checkbox"/> Supra-aural <input type="checkbox"/> Intégré	Étalonné : jj mm aaaa
	OG					Fiabilité :	
	OD					<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Mauvaise	Cabine :
	OG						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AUDIOGRAMME



Lorsque vous indiquez les seuils ci-dessous, veuillez préciser les seuils de conduction aérienne si la perte est sensorineurale, et préciser les seuils d'audition par voie osseuse, en plus, uniquement si la perte est conductive ou mixte.

Hz	AUDIOGRAMME TABULAIRE DE L'OREILLE DROITE				AUDIOGRAMME TABULAIRE DE L'OREILLE GAUCHE			
	500	1 000	2 000	3 000	500	1 000	2 000	3 000
Air								
Os								

Légende des symboles audiométriques

O = conduction aérienne non masquée oreille droite
 X = conduction aérienne non masquée oreille gauche
 Δ = conduction aérienne masquée oreille droite
 □ = conduction aérienne masquée oreille gauche
 < = conduction osseuse non masquée oreille droite
 < = conduction osseuse non masquée oreille gauche
 [= conduction osseuse masquée oreille droite
] = conduction osseuse masquée oreille gauche
 C = réflexe controlatéral
 I = réflexe ipsilatéral

ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE	
<p>Audiométrie</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si par rapport à MSP (500, 1 000, 2 000, OU 500, 1 000 MOY.) ± 7 à 10 dB</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La tympanométrie confirme la nature de la perte d'audition.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réflexes acoustiques comme prévus pour la nature et le degré de perte d'audition</p> <p>En cas de réponse NON à l'un des éléments ci-dessus, donner des détails :</p>	<p>Test des comportements</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Schémas de réponse atypiques</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Incohérence des tests</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Schémas ou réponses d'audiométrie vocale inhabituels</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Écart entre les antécédents, les seuils ou les comportements à l'extérieur de la cabine d'essai</p> <p>En cas de réponse OUI à l'un des éléments ci-dessus, donner des détails :</p>
<p>Confirmer que le travailleur n'a pas été prétendument exposé à des sons dangereux pendant 16 heures immédiatement avant l'évaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX					
Autres antécédents pertinents signalés (si oui, donner des détails) :	Oui	Non	Droite	Gauche	Précisions
Acouphène					
Otalgie					
Otorrhée					
Étourdissement / perte d'équilibre					
Engourdissements du visage					
Blessure à la tête					
Perte d'audition familiale					
Maladie chronique comme le diabète, etc.					
Médicaments					
Maladie de Ménière					
Chirurgie oculaire ou craniofaciale					

EXPOSITION AU BRUIT, DÉCLENCHEMENT ET ÉVOLUTION

	Oui	Non	Je ne sais pas
Type d'exposition au bruit :			
Exposition à un bruit blanc			
Exposition au bruit tonal			
Intensité d'exposition au bruit : Lex dBA			
Durée d'exposition au bruit : Quotidien ___ heures Annuel ___ heures			
Des audiogrammes précoces sont-ils disponibles à des fins d'examen?			
L'apparition et l'évolution de la perte d'audition se sont-elles produites dans les 10 à 15 premières années de l'exposition au bruit?			
La perte d'audition s'est-elle produite initialement sous la forme d'une « encoche » dans la région 3 000 à 6 000 Hz avec un meilleur seuil à la fréquence supérieure suivante, d'au moins 15 dB?			
La perte d'audition s'est-elle produite de manière symétrique (différence < 15 dB)?			
Si la réponse est OUI , veuillez soumettre les audiogrammes précédents en guise de preuve.			
Si la réponse est NON pour l'un des éléments ci-dessus, veuillez expliquer :			
Y a-t-il eu une exposition au bruit en dehors du travail? Si oui, veuillez donner des détails :			

RÉSULTATS AUDIOMÉTRIQUES ACTUELS

	Oui	Non
Les seuils de basse fréquence (250 Hz à 1 000 Hz) dépassent-ils 40 dB HL?		
Les seuils de haute fréquence (3 000 Hz à 8 000 Hz) dépassent-ils 75 dB HL?		
La perte d'audition est-elle asymétrique (différence > 15 dB)?		
Si la réponse est OUI pour l'un des éléments ci-dessus, veuillez expliquer :		
Veuillez confirmer que vous avez partagé les résultats de ce test avec le travailleur. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

-IMPORTANT-

Lorsque vous aurez rempli tous les formulaires nécessaires qui se trouvent sous ce pli, veuillez répondre aux questions qui suivent et faire parvenir cette page avec votre documentation.

1) Je fais parvenir une demande de réclamation complétée et signée - **Formulaire 67 – Rapport sur l'accident ou la maladie professionnelle** : Oui Non

2) Je fais parvenir un **Questionnaire relatif à la perte auditive** complété :
Oui Non

3) Je fais parvenir un **Formulaire sur les antécédents de travail** complété :
Oui Non

Si vous voulez donner plus de renseignements que le questionnaire le demande ou le permet en raison d'un manque d'espace, veuillez vous servir d'une autre page.

4) Je fais parvenir un Formulaire B complété et signé parce qu'une partie de mon travail a été effectuée à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. Oui Non

5) J'ai entré mes informations de dépôt direct à Mes Services, ou j'ai inclus mes informations de dépôt direct: Oui Non

6) Je fais parvenir mon rapport audiométrique **et** premier audiogramme certifié et mon plus récent audiogramme certifié : Oui Non

Si non, veuillez indiquer pourquoi : _____

-RAPPEL IMPORTANT-

DES RENSEIGNEMENTS OU DES FORMULAIRES QUI MANQUENT PEUVENT ENTRAÎNER UN RETARD DANS LE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION OU LE REFUS DE CETTE DERNIÈRE.

VEUILLEZ signer et dater le présent questionnaire si vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant :

« Les renseignements que je fais parvenir sont aussi précis et complets que possible, et j'ai fait tous les efforts raisonnables afin de présenter tout ce que Travail sécuritaire NB m'a demandé. »

Signature du travailleur : _____ **Date :** _____