

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_ Indiquez votre composante: CRDITED  CSSSL  CJ  HJR

## ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ LORS DE L'EMBAUCHE ET DES MUTATIONS DÉCLARATION DE SANTÉ – GROUPE 4

### IMPORTANT – À LIRE AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE

Dans le cadre de son processus d'embauche, le CISSS de Laval a retenu votre candidature conditionnellement aux résultats du processus d'évaluation de l'état de santé. L'évaluation de votre état de santé comporte l'administration du présent questionnaire, et, si nécessaire, aux demandes d'accès à vos dossiers médicaux et/ou aux conclusions d'un examen médical. **Si vous êtes invité à compléter le présent formulaire, c'est donc que vous avez reçu de la part du CISSS de Laval, une offre d'embauche conditionnelle à l'administration du présent formulaire et aux résultats d'un examen médical pouvant s'en suivre.** L'évaluation de l'état de santé est effectuée de façon confidentielle, par une infirmière du service de prévention et soutien à la gestion de la présence au travail.

Dans le cadre de sa mission à titre d'établissement de santé et de services sociaux, le CISSS de Laval a l'obligation de fournir une prestation sécuritaire des soins et des services à ses usagers par un personnel de qualité. Afin de réaliser pleinement sa mission, l'employeur a le devoir d'embaucher des candidats ayant la capacité d'exercer adéquatement les tâches de l'emploi postulé.

Conséquemment, la Charte des droits et libertés de la personne et de la jeunesse permet à l'employeur de vérifier l'état de santé des candidats à l'embauche dans la mesure où il n'y a pas de discrimination. Le présent questionnaire « Déclaration de santé » a donc pour but de s'assurer que : *Votre état de santé est compatible avec les aptitudes ou qualités requises par l'emploi postulé, que vous êtes en mesure de fournir une prestation normale et régulière de travail et que vous êtes en mesure de fournir une prestation de travail sécuritaire, prudente et diligente.*

Par ailleurs, l'article 51 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail prévoit que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique de ses travailleurs.

Quant aux obligations de l'employé, également en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, l'article 49 stipule que le travailleur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique. Celui-ci doit également être en mesure de veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail ou à proximité des lieux de travail.

\_\_\_\_\_  
Initiales du candidat

\_\_\_\_\_  
Initiales du réviseur

## CUEILLETTE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PAR L'EMPLOYEUR

Conformément aux articles 64 et 65 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la cueillette, l'utilisation et la conservation des renseignements recueillis :

- Servent à l'employeur uniquement dans le cadre de son programme d'évaluation de l'état de santé lors de l'embauche et des mutations;
- Servent à évaluer la capacité du candidat à répondre aux exigences de l'emploi postulé;
- Sont conservés dans le dossier de santé de l'employé si la candidature est retenue. Si la candidature n'est pas retenue, les renseignements sont alors conservés conformément au calendrier de conservation de l'établissement.

Rappelez- vous que vous **devez obligatoirement** déclarer votre état de santé actuel.

Rappelez-vous que toute fausse déclaration ou omission de votre part pourrait entraîner des mesures pouvant aller jusqu'à l'annulation de votre contrat de travail (congédiement) de la part de l'employeur.

➔ J'AI BIEN LU L'INFORMATION CI-DESSUS ET J'ACCEPTÉ DE REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE. ⬅

### IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom (naissance) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_ Sexe : Féminin  Masculin

# Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date de naissance : AAAA / MM / JJ

Titre d'emploi postulé : \_\_\_\_\_

Signature du candidat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Initiales du réviseur

## QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Dans l'objectif d'embaucher un candidat en mesure de fournir une prestation normale de travail, l'employeur doit s'assurer que la condition médicale du candidat est compatible avec l'emploi offert. Il doit également connaître la présence de limitations fonctionnelles, tant physiques que psychologiques, qui pourraient présenter un risque pour lui, ses collègues ou les usagers.

1- Avez-vous des **limitations fonctionnelles** ou des **séquelles permanentes ou temporaires, tant physiques que psychologiques**, à la suite...

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ D'un accident du travail, d'une maladie professionnelle (CSST) ?			
▪ D'un accident indemnisé par la SAAQ ?			
▪ D'un acte criminel (IVAC)?			
▪ D'un événement personnel, d'un accident ou d'une maladie?			

2- Avez-vous des **allergies** qui pourraient **vous empêcher ou vous restreindre** dans l'accomplissement des tâches de l'emploi postulé? Oui  Non

**Si oui, lesquelles ?**

---

---

3- Êtes-vous en **arrêt de travail actuellement** chez un autre employeur ? Oui  Non

Quel est le motif de l'absence ?	Depuis quelle date ?

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : MUSCULO-SQUELETTIQUE

### Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé

- Position debout sans appui à fréquence élevé;
- Marche fréquente;
- Mouvements bilatéraux des membres supérieurs avec des amplitudes moyennes à grandes;
- Mouvements de torsion/flexion/extension du cou et du tronc;
- Sollicitation soutenue des membres supérieurs et des membres inférieurs;
- Postures contraignantes dans des espaces restreints ou contigus;
- Monter sur des escabeaux, des échelles;
- Soulèvement de charges (équipements, machines, outils);
- Excellente force physique;
- Bonne endurance pour soulever, maintenir, retenir des outils et des équipements.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants du système musculo-squelettique peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : arthrite, bursite, capsulite, déchirure de la coiffe des rotateurs, déchirure ligamentaire, déchirure méniscale, épicondylite, fibromyalgie, hernie discale, spondylite ankylosante, tendinite et tunnel carpien, hallux valgus, fasciite plantaire.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant au système musculo-squelettique :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Êtes-vous <b>en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : CARDIO-RESPIRATOIRE

### Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé

- Efforts constants pour soulever, déplacer, tirer et pousser des objets, de l'équipement, etc.;
- Porter de l'équipement de protection respiratoire, lequel équipement peut amener de l'inconfort et/ou rendre la respiration plus difficile;
- Efforts en espaces restreints ou contigus.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants des systèmes cardiaque et respiratoire peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : douleurs et serrements à la poitrine, angine, trouble du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, crise cardiaque, asthme, emphysème.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant au système cardio-respiratoire :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ <b>Êtes-vous en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : NEUROLOGIQUE

### Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé

- Manipulation fréquente de machines, d'outils électriques, mécaniques, hydrauliques comportant des procédures sécuritaires lors de leur utilisation;
- Exposition à des vibrations;
- Vigilance lors de l'utilisation de machines, d'outils électriques, mécaniques, hydrauliques.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants du système neurologique peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : convulsions, épilepsie, étourdissements, maladie dégénérative du système nerveux (ex. : sclérose en plaques), paralysie, perte de conscience, troubles de l'équilibre et vertiges, troubles de la mémoire.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant au système neurologique :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Êtes-vous <b>en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : CUTANÉ, IMMUNITAIRE ET ENDOCRINIEN

### Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé

#### Endocrinien

Capacité à travailler seul ou isolé sans danger pour sa santé, sa sécurité et celles des autres collègues ou usagers.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants des systèmes cutané, immunitaire et endocrinien peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité :

Endocrinien: hépatite A, B ou C, diabète, allergie au latex, allergie à certains produits chimiques.

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant aux systèmes cutané, immunitaire et endocrinien :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ <b>Êtes-vous en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur

## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : OPHTALMIQUE ET AUDITIF

### Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé

#### Vue

- Faire une lecture précise sur des systèmes d'affichage d'appareils électroniques;
- Faire une lecture précise de plans, devis, schémas électriques ou mécaniques et autres documents.

#### Ouïe

- Déceler le mauvais fonctionnement d'appareils électroniques ou mécaniques;
- Entendre les consignes pour assurer la communication claire avec les collègues de travail dans le cadre de travaux de réparation, de réfection, etc.

À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé suivants des systèmes ophtalmique et auditif peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité :

Vue : glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire, daltonisme.

Ouïe : surdité de transmission (maladie de l'oreille moyenne) : rupture du tympan, otites aiguës infectieuses; vertiges aigus (maladie de Ménière), bourdonnements, sifflements (acouphènes).

Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant aux systèmes ophtalmique et auditif :

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ <b>Êtes-vous en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur



## DOMAINE MÉDICAL ASSOCIÉ : SANTÉ MENTALE

Le travail en espace restreint ou clos, ainsi que le travail en hauteur, peut être problématique chez les individus souffrant de problèmes psychologiques ou neurologiques. Ces conditions médicales pourraient entraîner un risque pour lui et pour les autres travailleurs.

### **Aptitudes essentielles pour le titre d'emploi postulé**

Capacité de travailler en hauteur ou dans des espaces restreints ou clos.

*À titre indicatif, les maladies, conditions ou problèmes de santé mentale suivants peuvent affecter ou avoir des répercussions sur les aptitudes ou la capacité à effectuer les tâches reliées au poste convoité : problème de consommation d'alcool ou de drogues, angoisse/panique, perte de connaissance / convulsions, étourdissements/vertiges, paralysie, agoraphobie, claustrophobie.*

**Après avoir pris connaissance des aptitudes essentielles ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes se rapportant à la santé mentale :**

	Oui ✓	Non ✓	Lesquelles ?
▪ Souffrez-vous <b>actuellement</b> d'une maladie, d'une condition ou d'un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ Avez-vous <b>déjà été traité</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			
▪ <b>Êtes-vous en traitement, en attente de traitement ou en investigation</b> pour une maladie, une condition ou un problème de santé pouvant affecter votre prestation de travail ?			

Notes du réviseur

---

---

---

---

---

Initiales du candidat

Initiales du réviseur



**ASSUREZ-VOUS :**

- D'AVOIR INSCRIT VOS INITIALES AU BAS DE CHACUNE DES PAGES;
- D'AVOIR COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE CORRECTEMENT;
- D'AVOIR ENREGISTRÉ LE DOCUMENT EN VERSION PDF.

Je, soussigné, déclare avoir bien compris les questions et certifie que mes réponses à chacune des questions contenues dans le présent questionnaire sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute fausse déclaration ou omission pourrait entraîner le rejet de ma demande d'emploi ou, advenant mon embauche, l'annulation du contrat de travail (congédiement) de la part de l'employeur.

Je reconnais avoir pris connaissance de cette clause.

Signature du candidat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**RÉSERVÉ**

**Professionnel du service de prévention et soutien à la gestion de la présence au travail**

- Révision effectuée :
- En personne
  - Par téléphone
  - Sur questionnaire
- Recommandations :
- Apte à l'emploi postulé **sans** restriction médicale
  - Apte à l'emploi postulé **avec** restriction(s) médicale(s)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Évaluation requise par un médecin de notre service
  - Dossier à documenter

Signature du réviseur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

