

NORMES ET PRATIQUES DE GESTION (N.P.G.)

Objet : Gestion de l'absentéisme

Numéro : 27

Direction responsable : Direction des ressources humaines / Service de santé et sécurité du travail

Destinataires (titres d'emploi) : Tout le personnel

Applicable :

- À tout le CSSS de Laval :
- Au(x) installation(s) :
- Au(x) direction(s), programmes ou service(s) suivant(s) :

1. CHAMPS D'APPLICATION

Le présente politique vise l'ensemble des employés du CSSS de Laval et est conforme aux différentes lois en matière de santé et sécurité du travail, aux dispositions contenues aux différents contrats de travail et également à la Loi d'accès à l'information. Cette politique s'intègre dans un ensemble de politiques visant à encourager la présence au travail.

2. OBJECTIFS

Cette politique vise à :

- Communiquer les principales directives et présenter la position du CSSS de Laval en matière de gestion de l'absentéisme ;
- Déterminer les règles relatives aux réclamations des différents régimes de remplacement du revenu ;
- Présenter les mécanismes permettant de gérer efficacement et de façon intégrée ces régimes ;
- Indiquer aux différents acteurs, leurs rôles et leurs responsabilités ;

3. PRINCIPES DIRECTEURS

Le CSSS de Laval considère les ressources humaines comme des acteurs clés dans la réalisation de sa mission.

Le CSSS de Laval favorise le maintien au travail de ses ressources humaines par l'utilisation de différents mécanismes de réintégration au travail soit, le retour progressif, l'assignation temporaire et la réaffectation de la travailleuse enceinte.

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

Une gestion efficace des absences invalidité repose sur une responsabilité partagée entre les gestionnaires, les employés, le Service de santé et sécurité du travail, le Service de la paie et le cas échéant, les services de dotation et de relations de travail.

Le supérieur immédiat demeure responsable de la gestion de ses ressources humaines durant les périodes d'absence de celles-ci.

Chaque employé assume sa responsabilité de fournir les informations essentielles au traitement de sa réclamation. Le versement des prestations payables en vertu des différents régimes de remplacement du revenu n'est pas un automatisme mais conditionnel à la présentation par la personne salariée des pièces justificatives raisonnablement exigibles.

Le Service de santé et sécurité du travail assure une gestion efficiente des différents régimes de remplacement du revenu pour favoriser une présence optimale de la main d'œuvre qualifiée auprès de la clientèle et également pour contrôler les coûts.

Le Service de santé et sécurité du travail agit à titre d'expert conseil auprès des gestionnaires et dispose d'une autorité fonctionnelle auprès de ceux-ci.

Dans le respect de la Loi d'accès à l'information seules les personnes autorisées ont accès aux informations contenues au dossier médico administratif, soit le chef du Service de santé et sécurité du travail et ses représentants désignés. Lorsque requis, le directeur des ressources humaines et ses représentants ainsi que le supérieur immédiat ont accès à l'information pertinente à la prise de décision.

4. DÉFINITIONS

4.1. Invalidité

Un **état d'incapacité** résultant d'une maladie y compris un accident ou une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, d'un don d'organe, faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la salariée ou le salarié totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur » (conventions collectives en vigueur *et* règlement sur les conditions de travail applicables aux cadres).

4.2. Lésion professionnelle

« ... une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation » (Art. 2, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*).

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

4.3. Accident du travail

«... un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle» (Art. 2, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*).

5. PIÈCES JUSTIFICATIVES

Les pièces justificatives contiennent l'information de base requise pour la gestion des réclamations. Les coûts qui y sont associés sont à la charge de la personne salariée. Si des renseignements complémentaires sont demandés par l'employeur, les coûts associés sont à la charge de celui-ci.

5.1. Dans le cas d'absence maladie de plus de trois (3) jours

La pièce justificative requise, dans ce cas, est soit un certificat médical, soit un formulaire de « **Réclamation d'assurance salaire** » (*annexe 1*) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'un ou l'autre de ces documents doivent **obligatoirement** contenir les renseignements suivants :

- un diagnostic médical ;
- la nature du suivi médical prescrit ;
- la durée prévue de l'absence ;
- les limitations fonctionnelles objectives rendant le salarié ou la salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi.

5.2. Dans le cas de lésion professionnelle

Conformément aux dispositions légales en vigueur (LATMP art. 199-200,203), les pièces justificatives requises sont :

- l'attestation médicale (annexe 2)
- le rapport médical (annexe 3)
- le rapport final (annexe 4)

« **L'attestation médicale** » et le « **rapport médical** » doivent **obligatoirement** contenir les renseignements suivants :

- un diagnostic médical ;
- la nature du suivi médical prescrit ;
- la date prévisible de consolidation.

« **Le rapport final** » doit **obligatoirement** contenir les renseignements suivants :

- la date de consolidation ;

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

- la cas échéant, l'existence d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ainsi que l'existence des limitations fonctionnelles résultant de la lésion.

5.3. Dans le cas du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Conformément aux dispositions légales en vigueur (Loi sur la santé et la sécurité du travail), la pièce justificative requise est :

- le certificat visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (annexe 5).

6. PROCÉDURES ET RESPONSABILITÉS

6.1. Employé

- Est responsable des communications relatives à ses absences, (début, durée et retour) auprès de son supérieur immédiat ou son représentant désigné et du Service de santé et sécurité du travail ;
- Informe **sans délai** son supérieur immédiat ou son représentant désigné de toutes ses absences invalidité. Le soir, la nuit et les fins de semaine ainsi que les congés fériés avise le coordonnateur ou le cadre de garde le cas échéant ;
- Informe **sans délai** le Service de santé et sécurité du travail des absences invalidité de plus de trois (3) jours ainsi que de toutes lésions professionnelles entraînant une perte de temps ;
- Dépose au Service de santé et sécurité du travail en début d'absence ainsi que pour toute période de prolongation les pièces justificatives requises et dûment complétées ;
 - Toute omission ou retard dans la remise de ces pièces justificatives pourrait entraîner une suspension ou un retard dans le versement des prestations ;
- Se soumet à toute évaluation médicale requise par le Service de santé et sécurité du travail ;
- Suit les traitements médicaux prescrits ainsi que les recommandations du médecin traitant ;
- Évite tout acte qui serait de nature à retarder sa guérison ou aggraver sa condition ;
- Collabore, le cas échéant, aux différents processus de réintégration au travail : retour progressif, assignation temporaire, réaffectation de la travailleuse enceinte et autres mesures d'accommodement ;
- Rapporte, **sans délai**, tout accident du travail à son supérieur immédiat ou son représentant désigné. Le soir, la nuit, les fins de semaine ainsi que les congés fériés, avise le coordonnateur des soins infirmiers ou le cadre de garde, le cas échéant ;

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

- Complète **sans délai** et signe le formulaire « **Déclaration d'un événement accidentel** » (annexe 6) et le remet à son supérieur immédiat, son représentant désigné ou le cas échéant, au coordonnateur des soins infirmiers ou au cadre de garde ;
- Collabore à l'enquête accident et signe le formulaire « **Enquête d'un événement accidentel** » (annexe 7) ;
- Fait compléter, le cas échéant, le formulaire « **Assignment temporaire d'un travailleur** » (annexe 8) par son médecin traitant et le remet à son supérieur immédiat ou son représentant désigné ;

6.2. Supérieur immédiat ou son représentant désigné

- Est responsable d'une communication continue avec l'employé absent quant à l'information pertinente à la durée de la période d'absence (début, durée prévisible, retour) et s'assure que le suivi requis est fait ;
- Reçoit le formulaire « **Déclaration d'un événement accidentel** » dûment complété par l'employé, signe le formulaire à l'endroit approprié et en conserve une copie pour son dossier personnel et fait parvenir au Service de santé et sécurité du travail, la copie destinée à cette fin ;
- Remet à l'employé le formulaire « **Assignment temporaire d'un travailleur** » si celui-ci doit être évalué par un médecin ;
- Effectue l'enquête accident et complète le formulaire « **Enquête d'un événement accidentel** » pour tous les cas où il y a perte de temps et lorsque jugé nécessaire. Cette enquête peut se faire en collaboration avec le Service de santé et sécurité du travail à la demande du gestionnaire ;
- Fait parvenir la copie du rapport au Service de santé et sécurité du travail dans les meilleurs délais ;
- Prend les mesures correctives jugées pertinentes ;
- Reçoit le formulaire « **Assignment temporaire d'un travailleur** » complété par le médecin traitant ;
- Met en oeuvre, en collaboration avec le Service de santé et sécurité du travail, les différents processus de réintégration au travail ; retour progressif, assignment temporaire, réaffectation de la travailleuse enceinte et autres mesures d'accommodement ;

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

- Collabore lorsque requis avec le Service de santé et sécurité du travail et le Service des relations de travail à la préparation des divers dossiers en litige.

6.3. Service de santé et sécurité du travail

- Est responsable de la gestion des régimes de remplacement du revenu et de la gestion médico administrative des dossiers ;
- Reçoit et apprécie les pièces justificatives déposées et s'assure de leur conformité ;
- Reçoit les formulaires « **Déclaration d'un événement accidentel** » et « **Enquête d'un événement accidentel** » dûment complétés et signés ;
- Collabore si requis, à l'enquête accident avec le supérieur immédiat ;
- Reçoit le formulaire « **Assignment temporaire d'un travailleur** » complété par le médecin traitant et s'assure du suivi ;
- Procède à l'analyse des données colligées et recommande les mesures correctives jugées pertinentes ;
- Procède aux expertises médicales nécessaires à la validation de l'invalidité ;
- Informe l'employé des procédures administratives essentielles au traitement efficace de sa réclamation ;
- Informe le supérieur immédiat de la nature des démarches entreprises ainsi que des objectifs visés ;
- Offre au supérieur immédiat l'expertise, les avis, les conseils demandés et formule les recommandations pertinentes ;
- Confirme par écrit dans les plus brefs délais, au supérieur immédiat ainsi qu'au Service de la paie, toutes périodes autorisées d'absence ainsi que de toute prolongation ;
- Prend les décisions relatives à l'éligibilité aux différents régimes et applique les modalités administratives qui en découlent ;
- Avise par écrit l'employé, le supérieur immédiat, le Service de la paie de toute décision relative à la non éligibilité aux prestations de remplacement du revenu ;

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

- Initie, le cas échéant, les différents processus de réintégration au travail : retour progressif, assignation temporaire, réaffectation de la travailleuse enceinte et autres mesures d'accommodement ;
- Collabore, le cas échéant, à la mise en œuvre du plan de réadaptation de la CSST ;
- Informe l'employé des démarches à initier dans le cas où l'invalidité peut donner droit aux indemnités payables en vertu de la Loi sur le Régime des rentes du Québec ou de d'autres lois applicables ;
- Avise par écrit le service de la paie dans le cas où une récupération monétaire auprès de l'employé doit être effectuée si celui-ci est reconnu éligible aux indemnités prévues par les différentes lois ou régimes applicables ;
- Utilise, lorsque requis, les différents mécanismes de contestation prévus à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), et aux dispositions des conventions collectives ;
- Collabore avec le Service des relations de travail à la préparation des divers dossiers en litige lorsque requis ;
- Assure la correspondance avec les instances extérieures ;
- Assure le suivi des ententes de gestion convenues avec le MSSS et l'Agence relativement aux ratios d'assurance salaire ;
- Identifie les indicateurs de gestion pertinents, analyse les résultats et formule au directeur des ressources humaines les recommandations appropriées, le cas échéant.

6.4. Service de la paie

- Procède aux versements et aux ajustements des prestations de remplacement du revenu conformément à l'information transmise sur la feuille de temps, sauf sur avis contraire du Service de santé et sécurité de travail ;
- Procède aux récupérations monétaires lorsque requises, selon les modalités pré-établies.

6.5. Service des relations de travail

- Négocie les ententes avec les syndicats relativement aux situations particulières ;
- Procède à l'identification des mesures d'accommodement, lorsque requises, en collaboration avec les Services de santé et sécurité du travail et de la dotation ;

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

- Représente l'employeur devant les tribunaux administratifs.

6.6. Service de dotation

- Assiste le gestionnaire dans l'application prévue aux conventions collectives relativement au remplacement permanent d'un employé ;
- Collabore au processus d'accommodement lorsque requis.

7. ÉVALUATION ET RAPPORTS DE GESTION

Toutes les absences invalidité de plus de trois (3) jours et toutes les réclamations pour lésions professionnelles feront l'objet d'un suivi médico administratif approprié conformément à la NPG.

Périodiquement, tout écart avec les ententes de gestion convenues avec le MSSS et l'Agence sera identifié et signalé à la direction et les mesures appropriées seront appliquées, le cas échéant.

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

Annexe 1

RÉCLAMMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

PARTIE A : Identification (à remplir par la personne salariée)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ N° EMPLOYÉ : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ N° DE TÉLÉPHONE : (____) _____ N.A.S. : ____ - ____ - ____
 SERVICE : _____ TITRE D'EMPLOI : _____ HORAIRE DE TRAVAIL : _____
 NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : _____ STATUT : TC TPR TPO
 NOM DE L'EMPLOYEUR : _____

AUTORISATION DE LA PERSONNE SALARIÉE*

Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou son représentant mandaté et à son service de soutien conseil en assurance salaire tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

*L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande.

INFORMATIONS GÉNÉRALES À LA PERSONNE SALARIÉE RÉCLAMANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE ET AU MÉDECIN TRAITANT

DÉFINITION D'INVALIDITÉ

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE, LA PERSONNE SALARIÉE DOIT DÉMONTRER QUE SA CONDITION MÉDICALE CORRESPOND AUX TROIS CRITÈRES DE LA DÉFINITION SUIVANTE :

- (CRITÈRE 1)
- ÉTAT D'INCAPACITÉ RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU D'UNE COMPLICATION DE GROSSESSE OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE OU DE MOELLE OSSEUSE
- ET (CRITÈRE 2)
- QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL
- ET (CRITÈRE 3)
- QUI REND LA PERSONNE SALARIÉE TOTALEMENT INCAPABLE D'ACCOMPLIR LES TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI ET DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.

RÉADAPTATION EN INVALIDITÉ OU RETOUR PROGRESSIF AU TRAVAIL

UNE PERSONNE SALARIÉE PEUT, APRÈS L'APPROBATION DE L'AUTORITÉ COMPÉTENTE ET SOUS RÉSERVE DES DISPOSITIONS PRÉVUES AUX CONVENTIONS COLLECTIVES, BÉNÉFICIER D'UNE PÉRIODE DE RÉADAPTATION TOUT EN CONTINUANT D'ÊTRE ASSUJETTIE AU RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE.

NOTE : CE DOCUMENT AYANT SEULEMENT UN CARACTÈRE INFORMATIF, IL NE SE SUBSTITUE NI N'AJOUTE EN AUCUN CAS AUX DISPOSITIONS CONTENUES DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES EN VIGUEUR DANS LES SECTEURS PUBLIC ET PARAPUBLIC.

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE

Date de la 1^{re} consultation pour cette invalidité : ____ / ____ / ____

PARTIE B : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)

<p>DIAGNOSTIC</p> <p>Principal : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Secondaire : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV</p> <p>Axe I _____ (Troubles cliniques psychiatriques)</p> <p>Axe II _____ (Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)</p> <p>Axe III _____ (Maladies physiques)</p> <p>Axe IV _____ (problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)</p> <p>Axe V _____ (Évaluation globale du fonctionnement)</p>
---	---

SUIVI MÉDICAL

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui Non Nom et spécialité : _____

Résultat de la consultation : _____

EXAMENS DIAGNOSTIQUES Préciser : _____ Résultats : _____

HOSPITALISATION Du : _____ Au : _____

CHIRURGIE Préciser : _____ Date : ____ / ____ / ____

PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE Date du début : _____ Fréquence : _____

PSYCHOTHÉRAPIE Date du début : _____ Fréquence : _____

PHARMACOLOGIE Préciser : _____ Posologie : _____

AUTRE Préciser : _____ Posologie : _____

PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

Retour au travail régulier Date : ____ / ____ / ____

Retour au travail progressif dans son poste De : _____ À : _____

Modalité : _____

Assignation temporaire (tâches allégées) De : _____ À : _____

Modalité : _____

Restrictions médicales : _____

ARRÊT DE TRAVAIL

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou tout autre emploi offert par l'employeur : _____

Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines _____ Nombre de mois _____ Date approximative de retour au travail : ____ / ____ / ____

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? Oui Non

Avez-vous complété des documents : RRQ ____ / ____ / ____ SAAQ ____ / ____ / ____ CSST ____ / ____ / ____ IVAC ____ / ____ / ____

Date du prochain rendez-vous : ____ / ____ / ____

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie)	ADRESSE	N° PERMIS
SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non acceptée)	N° de téléphone	DATE
SPECIALITÉ DU MÉDECIN	N° de Médecin	

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 2
ATTESTATION MÉDICALE (CSST)

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

23214

Prénom et nom à la naissance

Date de naissance

Année Mois Jour Sexe

Date d'expiration

Année Mois

Année Mois

Numéro

Groupe

CSST Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Attestation médicale

Initiale ou Complémentaire

Consolidation

Si la période de consolidation est de **14 jours ou moins**, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion professionnelle, inscrire la date prévisible de consolidation :

A M J

Si la période de consolidation est de **plus de 14 jours**, indiquer si elle est :

1 De 60 jours ou moins

2 Plus de 60 jours

Date de l'événement A M J

Date de la visite A M J

Signature du médecin qui a chargé du travailleur ou de son mandataire

A M J

1938 (00-10) Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec

Remettre copie 2 au professionnel de la santé désigné

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 3
RAPPORT MÉDICAL (CSST)

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

06193 Numero d'assurance maladie

Prénom et nom à la naissance		Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois
Date de naissance								
Init.		Nom du médecin		Numero		Groupe		

CSST **Rapport médical**

1. Sommaire de prise en charge 2. D'évolution

Consolidation
Indiquer si la période prévisible de consolidation à compter de la présente visite est :

1 De 60 jours ou moins 2 Plus de 60 jours

Le travailleur 1 de physiothérapie 2 de ergothérapie 3 d'une hospitalisation

Date de la demande Année: Mois: Jour:

Norm de l'établissement vers lequel est dirigé le travailleur :

Aviez-vous dirigé le travailleur vers un autre médecin ? Oui Non

Nom du médecin

Date de la demande Année: Mois: Jour

Séquelles permanentes à prévoir 1 Oui 2 Non

Date de l'événement Année: Mois: Jour

Date de la visite Année: Mois: Jour

Signature du médecin qui a charge du travailleur ou de son mandataire Année: Mois: Jour

Commission

1917 613/113

Diagnostic et évolution de la pathologie et des traitements.

Cochez s'il y a lieu : 1 Victime d'un acte criminel 2 Sauveteur (acte de civisme)

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 4
RAPPORT FINAL (CSST)

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

1. CSST

CSST

Conseil canadien
de la sécurité et de la
santé en travail

Rapport final

1998 (03-03)

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique

1. La lesion professionnelle entraîne-t-elle une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychologique ?

2. La lesion professionnelle entraîne-t-elle des limitations fonctionnelles ?

3. En cas de limitations fonctionnelles, quelles sont les limitations fonctionnelles restantes ?

Si votre avis ne répond pas à l'une ou l'autre des questions 1 ou 2, répondre à la 3.

1. Produire avec le rapport d'évaluation, selon le format du tableau des commentaires, un autre médecin ?

2. Autre médecin ?

3. Autre médecin ?

Norm du médecin

Année: Mois: Jour:

Date de l'examen: Année: Mois: Jour:

Signature du médecin qui a chargé ou travaillé sous son mandataire: Année: Mois: Jour:

32524 Numéro d'assurance maladie

Prénom et nom à la naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois
Date de naissance	Année		Mois	Sexe	Date d'expiration	Année	Mois
Init.	Nom du médecin		Numéro		Groupe		

Diagnostic final de la lesion professionnelle.

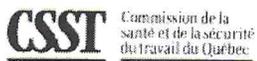
Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 5

CERTIFICAT VISANT LE RETRAIT PRÉVENTIF
DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :



Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

Programme
Pour une maternité
sans danger

Le programme *Pour une maternité sans dangers* s'adresse à toutes les travailleuses qui estiment que leurs conditions de travail comportent des dangers pour elles ou pour l'enfant qu'elles portent ou allaitent.

La protection dont bénéficient ces travailleuses, c'est le droit d'être affectées à des tâches ne comportant pas de dangers et qu'elles sont raisonnablement en mesure d'accomplir. Si aucune affectation n'est proposée, elles ont le droit de cesser temporairement de travailler et de recevoir des indemnités. Il ne s'agit donc pas d'un congé de maternité, mais bien d'un programme de nature préventive visant d'abord le maintien en emploi sans danger.

Au médecin responsable des services de santé de l'établissement ou au médecin traitant

Vous jouez un rôle de toute première importance dans l'exercice du droit au programme. Afin d'être admissibles au programme, les travailleuses enceintes ou qui allaitent doivent remplir le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaité*. Si c'est le médecin responsable des services de santé de l'établissement qui émet le certificat, aucune consultation n'est requise puisqu'il s'agit de l'établissement dans lequel travaille la travailleuse. Si c'est le médecin traitant qui émet le certificat, il doit nécessairement consulter le médecin responsable de l'établissement ou, à défaut, le directeur de la santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement ou le médecin que ou dont le médecin du travail se propose de consulter ou de consulter en vertu de son rôle d'expert. Le certificat n'est valide que si la travailleuse est apte médicalement à un travail. Il doit remplir chacune des sections du certificat.

Section A • Identification de la travailleuse et objet de la consultation

Après avoir établi l'identité de la travailleuse, précisez la nature de la demande (grossesse ou allaitement) et indiquez la date prévue de l'accouchement ou la date de naissance de l'enfant allaité. Ensuite, décrivez la nature des dangers appréhendés par la travailleuse; cette dernière information est très importante, car elle permet entre autres au médecin de la direction de la santé publique d'établir une priorité dans les demandes d'intervention. La travailleuse doit apposer sa signature à la fin de cette section.

Section B • Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse

Après avoir précisé le lieu de travail et l'emploi de la travailleuse, prenez soin d'inscrire le nom et la fonction de la personne avec qui vous, ou le médecin de la direction de la santé publique, pouvez communiquer afin d'obtenir des renseignements sur les conditions de travail de la travailleuse. Cette personne devrait de préférence être la responsable en santé et sécurité.

Section C • Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat)

Avant d'émettre un certificat, vous devez obligatoirement consulter le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou la travailleuse elle-même ou le médecin de la direction de la santé publique afin qu'il y ait une des conditions qui peuvent comporter les conditions de travail de votre patiente enceinte ou qui allaite d'une grossesse ou d'un allaitement. Cette consultation peut se faire par téléphone sans accélérer la demande, car tout retard occasionné par l'attente sera décompté de la date de la demande. Par la suite, vous demandez au médecin de la direction de la santé publique de vous faire parvenir ses recommandations par écrit (par voie de consultation écrite recommandée, par exemple). Précisez également la date à laquelle vous avez reçu les recommandations verbales ou écrites du médecin responsable.

Section D • Rapport médical

Question 1 : Indiquez, par ordre d'importance, quelles sont les conditions de travail que vous estimez dangereuses pour l'issue d'une grossesse ou d'un allaitement ainsi que les principales conséquences associées à ces conditions de travail.

Question 2 : Indiquez, s'il y a lieu, les problèmes de santé dont elle est aggravée par ces conditions de travail. Il faut garder à l'esprit que ces conditions de travail dangereuses, conjuguées à des problèmes de santé, n'empêchent pas une travailleuse de se prévaloir du droit au retrait préventif.

Question 3 : Précisez pourquoi du droit au programme, la travailleuse doit être apte médicalement à faire un travail. Si à cause de problèmes de santé particuliers, toute forme de travail est contre-indiquée, elle n'a pas droit au programme. En effet, le programme *Pour une maternité sans danger* vise d'abord le maintien en emploi sans danger.

Section E : Attestation

Connaissant l'état de santé de la travailleuse, ses antécédents médicaux ainsi que ses conditions de travail, vous êtes ainsi en mesure d'affirmer si les conditions de travail comportent ou non des dangers pour elle-même ou pour l'enfant à naître ou allaité. Si vous jugez que oui, cochez la case appropriée. Après avoir répondu, pour les cas de grossesse seulement, à la question de l'admissibilité de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation, indiquez la date du retrait préventif ou de l'affectation. Apposez ensuite votre signature et précisez la date à laquelle vous remettez le certificat à la travailleuse. Dans tous les autres cas, cette date correspondra à la date de l'affectation ou de la date de l'affectation ou du retrait préventif.

Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier)

Pour aider l'employeur à offrir une affectation sans danger à la travailleuse, vous pouvez faire quelques suggestions quant aux tâches à éviter ou aux conditions de travail à modifier. Indiquez la travailleuse qui remplit le certificat à savoir dans quel cas il s'agit de la grossesse ou de l'allaitement et qui peut être dangereuse pour la santé de la travailleuse. L'absence de suggestions n'empêche pas l'émission du certificat.

Après avoir rempli ce certificat, prenez soin d'en signer les cinq parties. Remettez-en copie à la travailleuse. Le sien est remis à l'employeur. Vous adressez deux autres copies de ce certificat à votre médecin responsable des services de santé de l'établissement, en copie à votre médecin responsable de la CSST du territoire où se trouve l'établissement ou travailleur, en copie et conservez le dernier dans vos dossiers.

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec	Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite
		N° de dossier à la CSST <input style="width: 100px;" type="text"/>
A - Identification de la travailleuse et objet de la consultation		
Nom et prénom à la naissance <input style="width: 90%;" type="text"/>		N° d'assurance-maladie <input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 90%;" type="text"/>		N° d'assurance sociale <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Carte postal <input style="width: 100%;" type="text"/>
Catégorie de la demande <input style="width: 100%;" type="text"/>		N° de téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Allaitement		Date de naissance de l'enfant allaité <input style="width: 100%;" type="text"/>
Date prévue de l'accouchement <input style="width: 100%;" type="text"/>		Année Mois Jour <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nature des dangers appréhendés par la travailleuse <input style="width: 90%;" type="text"/>		Signature de la travailleuse <input style="width: 100%;" type="text"/>
B - Identification du lieu de travail et description de l'emploi de la travailleuse		
Raison sociale de l'employeur <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Adresse du lieu de travail <input style="width: 90%;" type="text"/>		Code postal <input style="width: 100%;" type="text"/>
Poste, no travail et service où la travailleuse exécute ses tâches <input style="width: 90%;" type="text"/>		Titre de l'emploi <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise <input style="width: 90%;" type="text"/>		tél. og. N° de téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>
C - Consultation obligatoire en vertu de la loi (Le médecin responsable des services de santé de l'établissement n'a pas à remplir cette section s'il émet le certificat.)		
Nom du médecin consulté <input style="width: 90%;" type="text"/>		En qualité de : <input type="checkbox"/> médecin responsable de l'établissement <input type="checkbox"/> directeur de la santé publique <input type="checkbox"/> médecin délégué
Nom de la direction de la santé publique <input style="width: 90%;" type="text"/>		tél. og. N° de téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>
Réception du Rapport de consultation <input type="checkbox"/> par téléphone ou <input type="checkbox"/> par écrit		Date <input style="width: 100%;" type="text"/>
D - Rapport médical		
Selon vous, quelles sont les conditions de travail comportant des dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse? <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Indiquez, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions de travail. <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Est-ce que la travailleuse est apte médicalement à faire un travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non IMPORTANT Pour bénéficier d'un retrait préventif ou d'une affectation, la travailleuse doit être apte à un travail.		
E - Attestation		
<input type="checkbox"/> J'atteste que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour elle-même, à cause de son état de grossesse, ou pour l'enfant à naître ou allaité.		Pour les cas de grossesse seulement indiquez le nombre de semaines de grossesse à la date du retrait préventif ou de l'affectation.
<input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin responsable de l'établissement		Date du retrait préventif ou de l'affectation <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom du médecin (en lettres majuscules) <input style="width: 90%;" type="text"/>		N° de coopération <input style="width: 100%;" type="text"/>
Signature <input style="width: 90%;" type="text"/>		tél. og. N° de téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>
Date <input style="width: 100%;" type="text"/>		Date de remise du certificat à la travailleuse <input style="width: 100%;" type="text"/>
Suggestion(s) à l'employeur pour faciliter l'affectation (conditions de travail et tâches à modifier). <input style="width: 90%;" type="text"/>		
La travailleuse doit remettre ce certificat dûment rempli à son employeur. Toutefois, l'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.		
1966 (07-01)		
Travailleuse - Voir renseignements au verso		

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 6

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

LE TRAVAILLEUR DOIT UTILISER CE FORMULAIRE POUR DÉCLARER SANS DÉLAI :

- Tout accident du travail, c'est-à-dire tout événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, lui arrivant par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour lui une lésion professionnelle avec ou sans perte de temps.
- Toute maladie professionnelle, c'est-à-dire toute maladie contractée par le fait ou à l'occasion de son travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

Article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

LE TRAVAILLEUR :

- Complète le formulaire de « *Déclaration d'un événement accidentel* » et le fait signer sans délai par son supérieur immédiat ou son représentant désigné * ;
- S'assure de faire parvenir sans délai les copies destinées au Service de santé et sécurité du travail ;
- Si sa blessure justifie qu'il doive obtenir des soins médicaux et traitements alors qu'il est à son travail :
 - il avise préalablement son supérieur immédiat ou son représentant désigné avant de quitter son poste de travail ;
 - il remet au médecin consulté le formulaire « *d'Assignment temporaire d'un travailleur* » que lui a remis son supérieur immédiat ou son représentant désigné ;
 - il informe, après sa visite médicale, son supérieur immédiat ou son représentant désigné s'il doit s'absenter de son travail et lui remet le formulaire « *d'Assignment temporaire d'un travailleur* » dûment complété par le médecin.

LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ :

- Reçoit et signe le formulaire de « *Déclaration d'un événement accidentel* » ;
- Remet le formulaire « *d'Assignment temporaire d'un travailleur* » au travailleur dont l'état de santé justifie une consultation médicale ;
- Complète le formulaire « *d'Enquête d'un événement accidentel* » dans tous les cas où il y a une perte de temps et lorsque jugé pertinent dans tous les autres cas.

S'il s'agit d'une exposition accidentelle à des liquides biologiques, le travailleur doit se référer à l'enveloppe « EST-CE UNE EXPOSITION SIGNIFICATIVE AU VIRUS DE L'HÉPATITE B OU C OU DU VIH NÉCESSITANT UN PROTOCOLE POST EXPOSITION AU SANG ET AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES ».

* Le coordonnateur ou le cadre de garde le soir, la nuit et les fins de semaine ainsi que les congés fériés

No. inv : 60-800-329 (Rev.01/07) Source : Formulaires de Déclaration et d'Enquête d'un événement accidentel de l'ASSTSAS

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

Centre santé et sécurité
1345, Avenue Chénier
Laval (Québec) H7V 2T7

DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

(à être complété par le travailleur)

1. IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom : _____ N° matricule : _____

N.A.S. : _____

Téléphone (domicile) : _____ (travail) : _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années d'expérience cumulées dans ce titre d'emploi : _____

Service/Programme : _____ Installation : _____

Statut : TC TCT TPR TPO

Nom du supérieur immédiat : _____ Téléphone : _____

Quel était votre horaire de travail au moment de l'événement accidentel?

Jour Soir Nuit Temps supplémentaire

INDIQUEZ SUR LE SCHEMA (RESS) SITES)
DE LA DOULEUR OU DE LA LÉSION

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Date de l'événement : _____ / _____ / _____ Heure de l'événement : _____ (0 à 24 HEURES)

ANNÉE MOIS JOUR

Lieu exact de l'événement accidentel (incluant l'installation) : _____
(adresse si événement au domicile du client)

Nom des témoins (s'il y a lieu) : _____

DESCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL :

L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL EST SURVENU ALORS QUE...

SITE DE LA LÉSION : _____

QUE SUGGÉREZ-VOUS POUR QU'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL SEMBLABLE NE SE REPRODUISE PAS?

3. SIGNATURES

Je, (travailleur), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit. De plus, j'autorise l'employeur à fournir à mon syndicat, s'il en fait la demande, une copie de cette déclaration relativement aux renseignements me concernant.

Signature du travailleur : _____ Date : _____ Heure : _____

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____
(ou de son représentant désigné)

Formulaire d'assignation temporaire remis au travailleur : Oui Non

No inv. : 60-800-329 (Rév. 01/07) Blanche + jaune : Copie du Service de santé et sécurité du travail Rose : Copie du Travailleur Verge d'or : Copie du Supérieur immédiat

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 7
ENQUÊTE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

Centre de santé et de services sociaux
de Laval
1000, rue de la Santé
Laval (Québec) H7V 1B7

ENQUÊTE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ DOIT UTILISER CE FORMULAIRE :

- Dans tous les cas où un événement accidentel a entraîné une perte de temps ;
- Dans tous les autres cas où :
 - une situation particulière est survenue ;
 - une mesure corrective ou préventive est requise ;
 - si jugé pertinent.

LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ :

- Complète, en collaboration avec le travailleur, le formulaire « *d'Enquête d'un événement accidentel* » dans les meilleurs délais possible suite à la réception du formulaire de « *Déclaration d'un événement accidentel* » ;
- Fait parvenir sans délai au Service de santé et sécurité du travail la copie appropriée.

LE TRAVAILLEUR :

- Collabore à l'enquête accident ;
- Signe le formulaire « *d'Enquête d'un événement accidentel* » et y apporte, le cas échéant, ses commentaires.

No.inv : 60-800-327 (Rev.01/07) Source : Formulaires de Déclaration et d'Enquête d'un événement accidentel de l'ASSTSAS

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
Date de révision :
Sans objet :

Centre de santé et de services sociaux
de Laval



ENQUÊTE D'UN ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL

(à être complété par le supérieur immédiat ou son représentant désigné)

1. COMPTE RENDU DE L'ENQUÊTE

Nom du travailleur : _____ Date de l'évènement : _____ / _____ / _____ Heure : _____ (0 à 24 HEURES)
ANNÉE MOIS JOUR

N° matricule : _____

À quelle activité était affecté le travailleur au moment de l'évènement accidentel?

Est-ce une activité reliée au travail habituel du travailleur?
 Oui Non

Répondait-il à un code blanc?
 Oui Non

Dressez le schéma du lieu de l'évènement accidentel et indiquez l'endroit exact où était situé le travailleur (ainsi que les autres personnes présentes) au moment de l'évènement accidentel.



SCHEMA DE L'EVÈNEMENT ACCIDENTEL

* bien identifier chaque personne

2. SÉQUENCE DES FAITS

3. FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À LA SURVENUE DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL

Personne (travailleur) : _____

Tiers (bénéficiaire ou autre) – (N° de dossier) : _____

Tâche : _____

Équipement – matériel – produit : _____

Si l'accident est survenu dans une chambre, y avait-il un lève-personne sur rail au plafond ? Oui Non

Environnement : _____

Temps : _____ horaire régulier temps supplémentaire

Organisation du travail : _____

4. MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Demande de correction faite à : _____ Date : _____

Signature du supérieur immédiat : _____ Date : _____
(ou de son représentant désigné)

5. SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

J'ai lu le présent rapport d'enquête et : je n'ai pas d'autres commentaires
 j'ai les commentaires suivants à apporter : _____

Travailleur : _____ Date : _____

No. lav. : 60-800-327 (Rev. 01/07) Blanche : Copie du Service de santé et sécurité du travail Jaune : Copie du Travailleur Rose : Copie du Supérieur immédiat

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : _____ Date de révision : _____ Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Annexe 8

ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAILLEUR

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)	Date d'approbation par le CA : Date de révision : Sans objet : <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

Centre d'arrondissement
195, Rue Chénery
Laval (Québec) J4V 2P7

ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAILLEUR

Docteur(e),

En vertu de l'article 179 de la Loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles, l'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il (elle) redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable même si sa lésion n'est pas consolidée.

Dans le but de se conformer à cette disposition et de favoriser une réinsertion du travailleur dans son milieu de travail, auriez-vous l'obligeance de compléter le formulaire ci-joint et nous le retourner dans les plus brefs délais à la Cité de la Santé de Laval au local D-S069 ou par télécopieur au (450) 975-5075.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et nous vous assurons notre disponibilité si de plus amples explications étaient nécessaires.

Service de santé et sécurité du travail
Tél : 450-975-5397

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 N.A.S. : _____ N.A.M. : _____

Selon vous, le travailleur peut-il faire son travail régulier? Oui Non
 Si non, pouvons-nous procéder à une assignation temporaire? Oui Non

Début de l'assignation : _____ Fin de l'assignation : _____
ANNEE MOIS JOUR ANNEE MOIS JOUR

IDENTIFICATION DE L'ASSIGNATION PROPOSÉE

Tout travail respectant les limitations ci-dessous émises _____

LIMITATIONS FONCTIONNELLES À RESPECTER

Poids	Positions à déconseiller	Mouvements à déconseiller
0 à 5 kg <input type="checkbox"/>	Assise <input type="checkbox"/>	Porter, pousser, tirer <input type="checkbox"/>
5 à 10 kg <input type="checkbox"/>	Debout <input type="checkbox"/>	Mouvements répétitifs <input type="checkbox"/>
10 à 15 kg <input type="checkbox"/>	Alternée debout/assise <input type="checkbox"/>	Traction limitée <input type="checkbox"/>
	Penchée <input type="checkbox"/>	Soulever, presser, transporter <input type="checkbox"/>

Restrictions additionnelles : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT

1. Est-ce que le travailleur ou la travailleuse est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail? Oui Non
 2. Ce travail est-il sans danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique compte tenu de sa lésion? Oui Non
 3. Ce travail est-il favorable à sa réadaptation? Oui Non

Signature du médecin traitant _____ Date : _____
ANNEE MOIS JOUR

No. inv. : 62-100-001 (Rev. 01/07) Blanche : Médecin traitant Jaune : Employeur Rose : Commission de santé et sécurité au travail Verte d'or : Travailleur

Date d'approbation par le CGDG : 03 octobre 2006
 Date de révision : (annexe 1 : 15 mars 2007)

Date d'approbation par le CA :
 Date de révision :
 Sans objet :