

## ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAILLEUR

Code RAMQ 9971

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 au :

Service de santé et sécurité du travail  
CSSS de Laval  
1515, boul. Chomedey, 2<sup>e</sup> étage  
Laval (Québec) H7V 3Y7  
ou par télécopieur au 450 978-8627

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  
Téléphone : 450 978-8300

## 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 NonDébut de l'assignation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOURFin de l'assignation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR

## IDENTIFICATION DE L'ASSIGNATION PROPOSÉE

Tout travail respectant les limitations ci-dessous émises. « Aide et support à l'équipe de travail »

## LIMITATIONS FONCTIONNELLES À RESPECTER

Positions	Permeses	Non	Mouvements à déconseiller		Poids maximum
Assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porter, pousser, tirer	<input type="checkbox"/>	_____
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traction limitée	<input type="checkbox"/>	_____
Alternée debout/assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soulever, presser, transporter	<input type="checkbox"/>	_____
Penchée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Restrictions additionnelles (ex : escaliers, travail avec les bras plus haut que les épaules, etc.) : \_\_\_\_\_

## 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 :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR