

Formulaire de certification médicale pour l'hébergement

L'employé(e) ci-dessous a demandé un aménagement de son poste de travail afin de pouvoir exercer les fonctions essentielles de son emploi, soit en raison d'un handicap tel que défini ou modifié par la loi provinciale, soit parce qu'il/elle souhaite un aménagement. Les renseignements demandés dans ce formulaire nous aideront à prendre une décision concernant sa demande. Ces renseignements seront traités de façon confidentielle et ne seront communiqués qu'aux personnes qui ont besoin d'en prendre connaissance.

INSTRUCTIONS: Le formulaire ci-dessous doit être rempli en détail et signé par le médecin traitant de l'employé. Veuillez joindre les pages supplémentaires ou les documents nécessaires. **Ne fournissez aucune information sans lien avec la capacité de l'employé à exercer ses fonctions. Exemple : N'indiquez pas un handicap s'il n'a aucune incidence sur la capacité de l'employé à exercer ses fonctions.**

Section 1: Renseignements sur l'associé – Après avoir rempli cette section et signé la **section 4**, veuillez demander à votre médecin de passer aux **sections 2 et 3**.

Nom de famille, prénom de l'associé: _____

Numéro de téléphone de l'associé: _____

Adresse courriel personnelle associée: _____

Identifiant Pandora associé #: _____

1. Veuillez confirmer que vous avez examiné l'employé et que vous connaissez son dossier médical.

_____ Oui _____ Non

Cette condition médicale est-elle liée au travail?

Oui ☐ Non ☐

Section 2 : Renseignements relatifs au retour au travail. Cette section doit être remplie par le **médecin du collaborateur**. Si l'**option B** est sélectionnée, veuillez passer à la **section 3**.

L'employé a-t-il un ou plusieurs handicaps physiques ou mentaux ?

_____ Oui _____ Non

Si oui, veuillez indiquer le(s) handicap(s). **(Ne fournissez pas de diagnostic médical sans le consentement du patient).**

Formulaire de certification médicale pour l'hébergement

Remarque: La question à savoir si une déficience limite la capacité d'une personne à accomplir une activité importante de la vie quotidienne est déterminée:

- Comparativement à la plupart des gens de la population générale ; et
- Il n'est pas nécessaire d'empêcher, ni de restreindre considérablement ou gravement, la capacité de la personne à accomplir une activité importante de la vie quotidienne ; la déficience doit seulement « limiter sensiblement » la capacité de l'employé potentiel à accomplir cette activité.

Si oui, quelles activités importantes de la vie sont touchées?

Cochez toutes les activités importantes de la vie qui (a) sont affectées par les déficiences de l'employé et (b) restreignent ou limitent la capacité de l'employé à accomplir ses tâches professionnelles.

Activités majeures de la vie – Activités générales de la vie:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Flexion | ☐ Apprentissage | ☐ Dormir |
| ☐ Respiration | ☐ Soulever | ☐ Parler |
| ☐ Prendre Soin de Soi | ☐ Effectuer des Tâches Manuelles | ☐ Être Debout |
| ☐ Concentration | ☐ Atteindre | ☐ Réfléchir |
| ☐ Manger | ☐ Lire | ☐ Marcher |
| ☐ Audience | ☐ Voir | ☐ Travailler |
| ☐ Interagir Avec les Autres | ☐ Rester Assis | ☐ Autre(s) (Décrire) |
-

Principales activités de la vie – Fonctionnement des principales fonctions corporelles:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Vessie | ☐ Génito-urinaire | ☐ Fonctionnement d'un Organe |
| ☐ Intestins | ☐ Hémic | ☐ Reproductrice |
| ☐ Cerveau | ☐ Immunitaire | ☐ Respiratoire |
| ☐ Système Cardiovasculaire | ☐ Lymphatique | ☐ Organes Sensoriels et Peau |
| ☐ Système Circulatoire | ☐ Système Musculosquelettique | ☐ Autre(s) (Décrire) |
| ☐ Système Digestif | ☐ Neurologique | <hr/> |
| ☐ Système Endocrinien | ☐ Croissance Cellulaire Normale | <hr/> |

2A. ☐ L'employé est en mesure de reprendre pleinement ses fonctions sans aucun aménagement de poste de travail. **MÉDECIN : La section 3C doit être laissée vide si cette option est cochée.**

Formulaire de certification médicale pour l'hébergement

2B. ☐ Le collaborateur aura besoin d'aménagements de son lieu de travail (les trois dates et la section 3C sont OBLIGATOIRES):

Date de début de l'hébergement: _____

Date de fin de l'hébergement: _____

Retour au travail prévu: _____

MÉDECIN : Veuillez remplir la section 3C si des accommodements sont nécessaires.

Section 3 : Informations relatives à l'hébergement – Le médecin du collaborateur doit remplir cette section. Une fois remplie, veuillez la remettre au collaborateur afin de passer à la **section 4**.

3A. Durée approximative de cette condition médicale:

Date de début de l'affection médicale: _____

Date à laquelle l'affection médicale devrait prendre fin: _____

3B. Le collaborateur est-il incapable d'effectuer un travail quelconque? _____

3C. Si le collaborateur est incapable d'accomplir une ou plusieurs de ses fonctions essentielles, veuillez préciser ces limitations:

Les limites ci-dessous sont:

Permanente _____

Temporaire _____ (prendra fin à la date indiquée dans la section 2B ci-dessus)

3C. Suite – Les hébergements sont énumérés ci-dessous : (se terminera à la date indiquée dans la section 2B ci-dessus)

Ne pas soulever plus de _____ lb.	_____ Conduite interdite _____ Ne pas plier _____ Aucune portée	Limité à parcourir _____ milles par jour (aller-retour) -- Seulement _____ milles par jour, en continu (aller simple) -- Seulement _____ kilomètres par jour avec pauses (aller simple) : pour chaque _____ milles, une pause de _____ minutes.
Interdiction de rester debout plus de _____ heures -- Seulement _____ heures debout par jour en continu ou -- une pause de _____ minutes toutes les _____ heures.		
Maximum de _____ heures de travail par jour. - Seulement _____ heures de travail/debout par jour, pauses comprises : une pause de _____ minute toutes les _____ heures.		

Autres restrictions: _____

Formulaire de certification médicale pour l'hébergement

D. Commentaires supplémentaires, le cas échéant:

Nom du médecin (en caractères imprimés): _____

Téléphone du médecin #: _____

Fax du médecin #: _____

Signature du médecin: _____

Date: _____

Section 4: Consentement à la divulgation. À remplir par le collaborateur avant de retourner ce formulaire.

J'autorise mon professionnel de la santé à divulguer toute information relative à mon état de santé en vue de mon retour au travail. Je comprends que je peux révoquer ce consentement en tout temps en adressant une notification écrite au professionnel de la santé susmentionné et que ce consentement expirera automatiquement un (1) an après la date de signature, sauf révocation expresse de ma part. Je comprends aussi qu'une photocopie ou une télécopie de cette autorisation a la même valeur juridique qu'un original.

Signature de l'associé: _____

Date: _____