

ANNEXE C – Attestation médicale

PARTIE 1

Le Conseil peut demander la présente attestation médicale en vertu de l'article C6.1 h)

La partie 2 de ce formulaire sert à transmettre à l'employeur les renseignements lui permettant d'évaluer la capacité de l'employé à exécuter les tâches essentielles liées à son poste et de comprendre les restrictions et limites à considérer s'il est nécessaire d'adapter le lieu de travail.

La partie 2 doit être remplie seulement lorsque le retour au travail nécessite des mesures d'adaptation.

<p>Je, _____</p> <p>autorise par la présente le professionnel de la santé</p> <p>_____</p> <p>à transmettre des renseignements médicaux me concernant à mon employeur,</p> <p>_____ ,</p> <p>pour permettre à ce dernier d'établir du point de vue médical ma capacité à exécuter mes tâches de</p> <p>_____</p> <p>et de déterminer si ma situation médicale rend possible un retour durable à mon travail dans un proche avenir. À cette fin, j'autorise expressément mon professionnel de la santé à répondre aux questions de mon employeur énoncées dans le certificat médical daté du</p> <p>_____<u>jj</u> _____<u>mm</u> _____<u>aaaa</u></p> <p>justifiant mon absence à compter du</p> <p>_____<u>jj</u> _____<u>mm</u> _____<u>aaaa</u></p> <p>Signature _____ Date _____</p> <p>Identifiant de l'employé :</p>	<p>Avis au professionnel de la santé</p> <p>Veillez noter que l'employeur a un programme d'adaptation et de retour au travail. Les parties reconnaissent que l'employeur a l'obligation de prendre des mesures d'adaptation qui ne lui imposent pas de contrainte excessive et que l'employé a l'obligation de coopérer dans la mise en œuvre de mesures d'adaptation raisonnables. Dans cette logique et avec l'objectif d'une réintégration de l'employé dans les meilleurs délais, nous demandons au professionnel de la santé de donner des renseignements aussi complets et aussi détaillés que possible.</p> <p><u>Veillez retourner le formulaire rempli à :</u></p> <p>_____</p> <p>N° téléphone :</p>
---	--

Adresse de l'employé :	Lieu de travail :
------------------------	-------------------

Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être fournis par le professionnel de la santé

Premier jour d'absence :

Nature générale de la maladie* (*veuillez ne pas indiquer le diagnostic*) :

Date de l'évaluation :

jj mm aaaa

Pas de limites ni de restrictions

Date de retour au travail : **jj mm aaaa**

Pour préciser les limites et restrictions, prière de remplir la partie 2.

Le professionnel de la santé doit remplir l'attestation à la partie 3

PARTIE 2 – Aptitudes physiques et/ou cognitives

À remplir par le professionnel de la santé. En vous fondant sur vos conclusions médicales objectives, veuillez préciser les aptitudes de votre patient ou les restrictions qui s'imposent. (*Prière de cocher tout ce qui s'applique.*)

APTITUDES PHYSIQUES (si cela s'applique)

<p>Marche</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut faire jusqu'à 100 m <input type="checkbox"/> Peut faire 100 - 200 m <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	<p>Station debout</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut se tenir debout jusqu'à 15 min <input type="checkbox"/> Peut se tenir debout 15 - 30 min <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	<p>Position assise</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut rester assis jusqu'à 30 min <input type="checkbox"/> Peut rester assis 30 min - 1 h <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	<p>Soulèvement de charges du sol à la taille</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut soulever jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> Peut soulever 5 - 10 kg <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	
<p>Soulèvement de charges de la taille aux épaules</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut soulever jusqu'à 5 kg <input type="checkbox"/> Peut soulever 5 - 10 kg <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	<p>Ascension d'escaliers</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Peut monter jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> Peut monter 6 - 12 marches <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :	<p>Usage des mains</p> <p>Main gauche</p> <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) : <p>Main droite</p> <input type="checkbox"/> Préhension <input type="checkbox"/> Pince <input type="checkbox"/> Autre (<i>préciser</i>) :		
<p><input type="checkbox"/> Flexion/torsion</p> <p>Mouvement répété de (<i>préciser</i>) :</p>	<p>Tâches exécutées à hauteur ou au-dessus des épaules :</p>	<p>Exposition à des substances chimiques :</p>	<p>Déplacement vers le lieu de travail</p> <p>Peut utiliser les transports en commun</p> <p>_____</p> <p>Peut conduire une voiture</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>APTITUDES COGNITIVES (si cela s'applique)</p>				
<p>Attention et concentration</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	<p>Exécution d'instructions</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	<p>Prise de décisions/supervision</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	<p>Exécution de tâches multiples</p> <input type="checkbox"/> Totalement apte <input type="checkbox"/> Capacité limitée <input type="checkbox"/> Commentaires :	

Organisation	Mémoire	Interaction sociale	Communication
<input type="checkbox"/> Totalement apte			
<input type="checkbox"/> Capacité limitée			
<input type="checkbox"/> Commentaires :			

Veuillez indiquer les outils d'évaluation utilisés pour évaluer les aptitudes susmentionnées. (Exemples : tests pour soulever, tests de force de préhension, liste de symptômes d'anxiété, autodéclaration, etc.)

Commentaires supplémentaires sur les **limites du patient (ce qu'il est incapable de faire) ou les restrictions qui lui sont imposées (ce qu'il ne devrait ou ne doit pas faire) pour tous les états médicaux :**

Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être fournis par le professionnel de la santé

À compter de la date de la présente évaluation, ce qui précède s'appliquera pendant environ :

- 1-2 jours 3-7 jours 8-14 jours
 15 jours et + En permanence

Avez-vous discuté avec votre patient de son retour au travail ?

- Oui Non

Recommandations relatives aux heures de travail et à la date de début :

- Plein temps régulier Heures modifiées
 Augmentation graduelle du nombre d'heures

Date de début : **jj** **mm** **aaaa**

Le patient suit-il un plan de traitement actif ? Oui Non

Le patient a-t-il été recommandé à un autre professionnel de la santé ?

- Oui (facultatif - préciser) : _____ Non

Dans l'affirmative, resterez-vous le premier fournisseur de soins de santé ?

- Oui Non

Veuillez cocher une seule case

- Le patient est apte au travail sans restriction.
- Le patient est apte au travail avec des restrictions. **(Remplir la partie 2)**
- J'ai revu la partie 2 et j'atteste que le patient est totalement invalide et inapte au travail à l'heure actuelle.

Date recommandée pour la prochaine évaluation des aptitudes et restrictions : jj mm aaaa

PARTIE 3 – Attestation

Professionnel de la santé – Les renseignements suivants doivent être indiqués par le professionnel de la santé

J'atteste que les renseignements indiqués aux présentes sont exacts et complets :

Nom du professionnel de la santé qui a rempli le formulaire :

(En caractères d'imprimerie)

Date :

Numéro de téléphone :

Signature :

* L'expression « nature générale de la maladie » (ou de la lésion) s'entend d'un énoncé général, dans une langue claire dépourvue de détails médicaux techniques et sans diagnostic, de la maladie ou de la lésion du patient. La divulgation de la nature d'une maladie peut donner une idée du diagnostic mais pas forcément. L'expression « nature de la maladie » et le terme « diagnostic » ne sont pas des termes congruents. Par exemple, affirmer qu'une personne a une maladie du cœur ou de l'abdomen ou qu'elle a subi une intervention chirurgicale à cause de cette maladie révèle l'essence de son état sans préciser le diagnostic.

Des renseignements supplémentaires ou de suivi peuvent être demandés au besoin.