

Proposition de retour au travail progressif ou en assignation temporaire

(Soins à domicile – ASSS)

Nom de l'employé(e) : _____
Numéro de l'employé(e) : _____

Titre d'emploi : _____
Début de l'absence : _____

- ☐ Mêmes modalités que l'assignation temporaire précédente
- ☐ Retour au travail progressif (tâches régulières et sans restriction médicale) avec un horaire allégé. Veuillez préciser à la section commentaires le nombre d'heure par jour recommandé. L'employé sera assigné selon l'horaire de son poste ou l'expression de ses disponibilités auprès de l'employeur
- ☐ Retour sur des tâches allégées. **Veuillez compléter les limitations fonctionnelles à respecter ci-dessous :**
- | | |
|---|--|
| ☐ Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de _____ kg | ☐ Éviter de faire le geste de visser ou dévisser |
| ☐ Éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne
☐ lombaire ☐ dorsale ☐ cervicale ou
☐ d'une articulation : (préciser) _____ | ☐ Éviter de travailler avec le membre supérieur
☐ droit ☐ gauche au-dessus de la hauteur des épaules ou en position statique |
| ☐ Effectuer des mouvements de flexion, d'extension ou de torsion même de faible amplitude pour la colonne
☐ lombaire ☐ dorsale ☐ cervicale
ou ☐ d'une articulation : (préciser) _____ | ☐ Éviter de marcher ou de garder la station debout plus de _____ minutes |
| | ☐ Éviter la position assise de plus de _____ minutes |
| | ☐ Éviter de pivoter sur le membre inférieur
☐ droit ☐ gauche |
| | ☐ Éviter de travailler en position accroupie |
| | ☐ Autres restrictions : _____

_____ |

Les tâches seront assignées à l'employé(e) en fonction du besoin du service et dans le respect des limitations fonctionnelles temporaires émises.

Veuillez répondre aux 3 questions suivantes :

- | | |
|--|---|
| 1. Le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail | ☐ Oui ☐ Non |
| 2. Ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion | ☐ Oui ☐ Non |
| 3. Ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur | ☐ Oui ☐ Non |

NB : L'assignation temporaire peut être effectuée seulement si le médecin traitant répond positivement aux trois questions précédentes. Si vous refusez la proposition de retour au travail progressif ou en assignation temporaire, SVP nous indiquer le ou les motifs afin de nous permettre d'adapter une prochaine proposition.

Durée prévue de l'assignation				
Du	Année	Mois	Jour	Au
	/	/		/

COMMENTAIRES DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Nom du médecin	No de permis	Signature	Date

Proposition de retour au travail progressif ou en assignation temporaire

(Soins à domicile – ASSS)

À titre d'exemples, voici quelques tâches qui pourraient être effectuées en assignation temporaire. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, **d'autres tâches semblables pourraient être offertes**.

- Administration des médicaments
- Effectuer des activités de surveillance ou de loisirs auprès d'un usager
- Support aux employés œuvrant en résidence privée pour aînés (RPA)
- Préparer et réchauffer les repas des clients
- Surveiller et superviser un usager à la douche
- Plier et ranger des vêtements ou objets dans les boîtes
- Effectuer ou recevoir des appels téléphoniques
- Accueil