

Nom de l'employé(e) : _____

Numéro d'employé(e) : _____

Titre d'emploi : _____

Régime : _____

Date d'événement/ Début d'absence: _____

- ☐ Mêmes modalités que l'assignation temporaire précédente
- ☐ Retour au travail progressif (tâches régulières sans restriction médicale) avec un horaire allégé. Veuillez préciser à la section commentaires le nombre d'heure par jour recommandé
- ☐ Retour sur des tâches allégées, veuillez compléter les tâches et/ou les limitations fonctionnelles à respecter.)

Exemples de tâches pouvant être effectuées en assignation temporaire (s.v.p. cocher) Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, d'autres tâches répondant aux limitations pourraient être offertes

- ☐ Vider et remplir le lave-vaisselle
- ☐ Préparer les cabarets / les collations
- ☐ Préparer les repas
- ☐ Ranger la cuisine
- ☐ Effectuer diverses tâches administratives en support aux éducateurs (photocopies, pictogrammes, plastification, etc.)
- ☐ Effectuer diverses tâches ménagères (épousseter, désinfecter les claviers d'ordinateurs et les téléphones, nettoyer jeux et paniers d'activités, etc.)

- ☐ Activités de loisirs diverses avec les usagers, sans contrôle physique (arrêts d'agir)
- ☐ Aller faire des achats à l'externe (magasinage – épicerie) pour le service ou usagers

Éducateurs seulement

- ☐ Mise à jour des plans d'intervention
- ☐ Mise à jour des notes aux dossiers
- ☐ Mise à jour de la programmation
- ☐ Tout travail de type clérical

- ☐ Faire la lessive et ranger les vêtements

Quelles sont les limitations fonctionnelles qui doivent être respectées? (s.v.p. cocher) :

- ☐ Éviter de soulever, porter, tirer ou pousser des charges de plus de _____ kg
- ☐ Éviter de travailler en position accroupie
- ☐ Éviter d'effectuer des mouvements d'amplitude extrême de flexion d'extension ou torsion de la :
☐ colonne cervicale ☐ colonne lombaire
☐ autres : _____
- ☐ Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs, de flexion latérale, d'extension ou de torsion de l'articulation en cause
- ☐ Éviter d'utiliser le membre supérieur :
☐ droit ☐ gauche
- ☐ Éviter de travailler avec le membre supérieur :
☐ droit ☐ gauche ☐ au-dessus de la hauteur des épaules ou en position statique
- ☐ Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs du membre supérieur ☐ droit ☐ gauche
- ☐ Éviter les interventions directes avec la clientèle (ex : ne pas faire d'arrêt d'agir)
- ☐ Éviter de pivoter sur le membre inférieur
☐ droit ☐ gauche
- ☐ Éviter de marcher ou garder la station debout de plus de _____ minutes
- ☐ Éviter de monter/descendre fréquemment plusieurs escaliers
- ☐ Éviter de marcher en terrain accidenté ou glissant
- ☐ Éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups
- ☐ Éviter de faire le geste de visser ou dévisser.
- ☐ Éviter de travailler en position instable (exemples : échafaudages, échelles, escaliers)
- ☐ Éviter tout contact avec la clientèle (ne peut être dans le même lieu)
- ☐ Autres restrictions : _____

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.

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

COMMENTAIRES DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Nom du médecin	No de permis	Signature	Date