

Nom de l'employé(e) :

Numéro d'employé(e) :

Titre d'emploi :

Régime :

Début d'absence:

Année

Mois

Jour

- ☐ 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.).

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