

FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE/ TRAVAUX LÉGERS

VOLET CLSC – DOMICILE

(ASSS)

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

Tâches à domicile

Tâches au CLSC

☐ Administration des médicaments

☐ Venir en aide à la mobilisation d'un usager

☐ Préparer et réchauffer les repas des clients

☐ Venir en assistance une autre ASSS à domicile

☐ Effectuer les soins en travaillant avec une autre ASSS

☐ Surveillez superviser un usager à la douche

☐ Accompagner l'usager à son retour à domicile suivi post-hospitalisation (programme Rassurer)

☐ Travail de bureau

☐ Identifier des vêtements

☐ Plier et ranger les vêtements dans les boîtes

☐ Effectuer des tâches cléricales

☐ Effectuer des appels téléphoniques

☐ Aider les commis aux horaires

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 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 : des échafaudages, échelles, escaliers)

☐ 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

