

FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE/ TRAVAUX LÉGERS
SERVICE ALIMENTAIRE

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 d'heures par jour ainsi que le nombre de jour par semaine recommandé.
- ☐ Retour sur des tâches allégées, veuillez compléter les tâches et/ou les limitations fonctionnelles à respecter. Veuillez préciser à la section commentaires d'heures par jour et le nombre de jour par semaine recommandé.

"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

- | | |
|--|---|
| ☐ Trier les ustensiles | ☐ Aider au portionnement |
| ☐ Préparer les réquisitions alimentaires | ☐ Contrôler (température, horaire de livraison des chariots, etc.) |
| ☐ Prendre les appels téléphoniques | ☐ Faire le remplissage des machines distributrices |
| ☐ Livrer les items spéciaux sur les unités de soins | ☐ Mettre à jour des plans de travail affichés |
| ☐ Faire l'entretien de base (armoires, tablettes, comptoir, etc.) | ☐ Mettre à jour des cartables de recettes |
| ☐ Faire l'inventaire et les commandes et identifier les produits | ☐ Nettoyer les tables à la cafétéria |
| ☐ Faire des audits divers (retour des plateaux, ect.) | ☐ Ramasser les plateaux à la cafétéria |
| ☐ Travail à la courroie alimentaire | ☐ Préparer le café à la cafétéria |
| ☐ Aider à la préparation d'aliments | ☐ Effectuer des tâches cléricales |
| ☐ Aider à faire de la mise en place | ☐ Aider à la caisse |
| ☐ Faire de la laverie | ☐ Analyser les surplus lors des retours des plateaux |
| | ☐ Faire de la livraison de chariots chauffant |

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 pivoter sur le membre inférieur
☐ droit ☐ gauche |
| ☐ Éviter de travailler en position accroupie | ☐ Éviter de marcher ou garder la station debout de plus de _____ minutes |
| ☐ Éviter d'effectuer des mouvements d'amplitude extrême de flexion d'extension ou torsion de la :
☐ colonne cervicale ☐ colonne lombaire
☐ autres : _____ | ☐ Éviter de monter/descendre fréquemment plusieurs escaliers, spécifier la fréquence |
| ☐ Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs, de flexion latérale, d'extension ou de torsion de l'articulation en cause | ☐ Éviter de marcher en terrain accidenté ou glissant |
| ☐ Éviter d'utiliser le membre supérieur :
☐ droit ☐ gauche | ☐ Éviter de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups |
| ☐ Éviter de travailler avec le membre supérieur :
☐ droit ☐ gauche ☐ au-dessus de la hauteur des épaules ou en position statique | ☐ Éviter de faire le geste de visser ou dévisser |
| ☐ Éviter d'effectuer des mouvements répétitifs du membre supérieur (spécifier la fréquence)
☐ droit ☐ gauche | ☐ Éviter de travailler en position instable (exemples : 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

