

FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE/ TRAVAUX LÉGERS
SERVICE DE LA PHARMACIE

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

POSITION ASSISE

- ☐ Utiliser un ordinateur
- ☐ Former du personnel sans faire la tâche
- ☐ Assister à des formations/réunions
- ☐ Étiqueter des médicaments et classer des retours de médicaments par ordre alphabétique
- ☐ Emballer des médicaments dans des sachets
- ☐ Prise d'appels téléphoniques pour la pharmacie

POSITION DEBOUT

- ☐ Préparation de trousses / coffret de médicaments
- ☐ Prise d'inventaire
- ☐ Remplissage des tablettes /réfrigérateurs
Charge < 1 kg, charge < 5 kg, charge < 10 kg
- ☐ Numériser des documents
- ☐ Préparation de magistrales non stériles
- ☐ Retrait des médicaments expirés de la pharmacie, des unités de soins ou des cabinets.

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 : échafaudages, échelles, escaliers)

☐ Autres restrictions : _____

Veuillez répondre aux 3 questions suivantes :

1. Le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail.

2. Ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion.

3. Ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.
- ☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

☐ 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