

FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE/ TRAVAUX LÉGERS
SERVICE DE LA SALUBRITÉ (ENTRETIEN MÉNAGER)

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Vadrouiller les planchers (vadrouille sèche) | ☐ Remplir les distributeurs de papier de toilette, papier à mains et de savon |
| ☐ Vadrouiller les planchers (vadrouille humide) | ☐ Vider et nettoyer les petites poubelles et les cendriers |
| ☐ Effectuer travaux d'époussetage et nettoyage de mobiliers, comptoirs, bord de fenêtres, rampes à des hauteurs ne nécessitant pas de flexion | ☐ Nettoyer les stores |
| ☐ Nettoyer les cabinets de toilettes | ☐ Nettoyer les divisions et les portes vitrées |
| ☐ Nettoyer les lavabos, miroirs | ☐ Faire l'inventaire (produits, équipements, etc.) |

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 |
| ☐ 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 ☐ 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