

FORMULAIRE D'ASSIGNATION TEMPORAIRE
VOLET HÉBERGEMENT ET CENTRE HOSPITALIER
(Infirmières, infirmières auxiliaires et PAB)

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

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Alimenter les résidents | ☐ Distribuer cabarets | ☐ Faire entretien des articles de toilettes des résidents |
| ☐ Faire hygiène des résidents (soins des prothèses dentaires, couper les ongles, faire la barbe, etc.) | ☐ Faire des commissions | ☐ Accompagner les résidents lors d'un rendez-vous à l'extérieur |
| ☐ Maquiller et coiffer les résidents | ☐ Effectuer des tâches cléricales | |
| ☐ Distribuer l'eau fraîche et les collations | | |
| ☐ Répondre aux cloches d'appel | | |
| ☐ Aider à la réfection des lits | | |
| ☐ Tenir compagnie aux résidents | | |
| ☐ Participer aux activités de loisirs avec les résidents | | |
| ☐ Faire le ménage (somnos, armoires, etc.) | | |
| ☐ Remplir bassins d'hygiène (savon, crème, huile, etc.) | | |
| ☐ Faire du rangement, remplir la lingerie | | |

Infirmière et infirmière auxiliaire seulement

- ☐ Distribuer la médication
- ☐ Faire les traitements
- ☐ Faire les dossiers, épurations, mise à jour Cardex
- ☐ Effectuer des plans de soins
- ☐ Supervision d'équipe(s)

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