

**NOM :** \_\_\_\_\_ **# EMPLOYÉ :** \_\_\_\_\_

**PARTIE A : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT)**

DIAGNOSTIC	SELON LA CLASSIFICATION MULTIAXIALE DU DSM-IV
Principal : _____ _____ _____	Axe I _____ (Troubles cliniques psychiatriques)
Secondaire : _____ _____ _____	Axe II _____ (Troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolisme, problèmes de jeu)
	Axe III _____ (Maladies physiques)
	Axe IV _____ (Problèmes psychosociaux et environnementaux, problèmes au travail)
	Axe V début du traitement : _____ Actuellement : _____ (Évaluation globale du fonctionnement)

**SUIVI MÉDICAL**

Cette personne a-t-elle été référée à un spécialiste? Oui  Non  Nom et spécialité : \_\_\_\_\_

Résultat de la consultation : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> EXAMENS DIAGNOSTIQUES	Préciser : _____	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION	Du : _____	Au : _____
<input type="checkbox"/> CHIRURGIE	Préciser : _____	Date : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE	Date du début : _____	Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> PSYCHOTHÉRAPIE	Date du début : _____	Fréquence : _____
<input type="checkbox"/> PHARMACOLOGIE	Préciser : _____	Posologie : _____
<input type="checkbox"/> AUTRE	Préciser : _____	

Collaboration du patient à son traitement Excellent  Moyenne  Médiocre

**PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL**

Retour au travail régulier Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Retour au travail progressif dans son poste De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Modalité : \_\_\_\_\_

Travaux légers Non  Oui  (compléter la proposition au verso) Modalité : \_\_\_\_\_

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

**ARRÊT DE TRAVAIL**

Date de la 1<sup>ère</sup> consultation pour cette invalidité : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identifier les raisons médicales qui rendent la personne salariée totalement incapable d'occuper son emploi ou tout autre emploi offert par l'employeur, précisez le degré de gravité de chacun d'eux (L = léger, M = moyen, I = intense) :

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durée approximative de l'incapacité : Nombre de semaines \_\_\_\_\_ Nombre de mois \_\_\_\_\_ Date approximative de retour au travail \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

S'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour son emploi? Oui  Non

Avez-vous complété des documents : RRQ  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SAAQ  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CSST  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IVAC  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date du prochain rendez-vous \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU MÉDECIN**

_____	_____	_____
NOM DU MÉDECIN (en caractères d'imprimerie)	ADRESSE	N° PERMIS
_____	_____	____ / ____ / ____
SIGNATURE DU MÉDECIN (estampille non accepté)	N° de téléphone	DATE
_____	_____	
SPÉCIALITÉ DU MÉDECIN	N° de télécopieur	

**PARTIE A : Rapport médical (à remplir par le MÉDECIN TRAITANT) suite**

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES À RESPECTER POUR TRAVAUX LÉGERS (cochez les cases appropriées)**

Le travailleur doit éviter de :

- Manutentionner des charges avec le membre supérieur \_\_\_\_\_ de plus de \_\_\_\_\_
- Manutentionner en torsion, flexion ou extension du tronc;
- Tirer ou pousser des objets ou des équipements;
- Rester debout sur place;
- Mouvements répétitifs du : \_\_\_\_\_
- Marcher plus de (durée, fréquence ou distance) : \_\_\_\_\_
- Lever le membre supérieur \_\_\_\_\_ plus haut que : \_\_\_\_\_

**PROPOSITION DE TRAVAUX LÉGERS (cochez les cases appropriées)**

Le travailleur peut :

- Aide à la mobilisation
- Accueil des usagers, visiteurs et employés
- Aide aux collations, à l'alimentation et aux activités de loisirs
- Échange et surveillance des bénéficiaires, service privé
- Travaux ménagers légers (nettoyage et remplissage divers, époussetage, désinfection, pliage, etc.)
- Hygiène légère (dents, rasage, couper les ongles, etc.)
- Rangement divers (mettre en portion les aliments, remplir les étagères et les chariots, étiquetage, etc.)
- Travail de bureau (téléphone, photocopies, classement, mise à jour de documents, etc.)
- Effectuer des commissions diverses (légères) dans le bâtiment
- Participer aux réunions et aux formations
- Travail clinique (enseignements, soins légers, etc.)
- Toutes autres tâches qui respectent les limitations ci-haut mentionnées.

Commentaires additionnels :

**PARTIE B – IDENTIFICATION (à remplir par la personne salariée)**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_ **NUMÉRO D'EMPLOYÉ :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE :** (    ) \_\_\_\_\_  
**NOM DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT :** \_\_\_\_\_

**Je déclare les informations ci-dessus exactes et autorise les médecins, professionnels de la santé (psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.), les représentants autorisés des hôpitaux ou cliniques à fournir à mon employeur ou à son représentant mandaté et à son service de support conseil en assurance-salaire, tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé et relatifs à l'invalidité ou à la période d'absence décrite dans la présente réclamation.**

**Signature \*\* :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**\*\*L'absence d'autorisation de la personne salariée peut entraîner un délai dans le traitement de la demande**

**DÉFINITION D'INVALIDITÉ**

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE-SALAIRE, LA PERSONNE SALARIÉE DOIT DÉMONTRER QUE SA CONDITION MÉDICALE CORRESPOND AUX TROIS CRITÈRES DE LA DÉFINITION SUIVANTE:

**CRITÈRE 1**

- ÉTAT D'INCAPACITÉ RÉSULTANT D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT OU D'UNE COMPLICATION DE GROSSESSE OU D'UNE CONDITION RELATIVE À LA PLANIFICATION FAMILIALE OU D'UN DON D'ORGANE

ET **CRITÈRE 2**

- QUI FAIT L'OBJET D'UN SUIVI MÉDICAL

ET **CRITÈRE 3**

- QUI REND LA PERSONNE SALARIÉE TOTALEMENT INCAPABLE D'ACCOMPLIR LES TÂCHES HABITUELLES DE SON EMPLOI OU DE TOUT AUTRE EMPLOI ANALOGUE OFFERT PAR L'EMPLOYEUR ET COMPORTANT UNE RÉMUNÉRATION SIMILAIRE.