CERTIFICAT VISANT L'AFFECTATION OU LE RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Code RAMQ 09970

Remplir à l'aide d'un crayon ou d'un stylo à pointe dure en appuyant fortement

A — Identification de la travailleuse[1] et objet de la consultation

Nom et prénom à la naissance de la travailleuse

Adresse

Numéro d'assurance maladie

Ville, Code postal

Numéro de téléphone

Nature des dangers appréhendés par la travailleuse

Catégorie de la demande (Ces renseignements sont nécessaires pour la CNESST et le directeur de santé publique.)

◯ Grossesse — Date prévue de l'accouchement : A A A A M M J J — Indiquez le nombre de semaines à la délivrance de ce certificat :

◯ Allaitement — Date de la naissance de l'enfant allaité : A A A A M M J J

B – Identification de l'employeur[2] et description de l'emploi de la travailleuse

Nom de l'employeur

Adresse du lieu de travail

Ville, Code postal

Poste de travail et service où la travailleuse exécute ses tâches

Titre de l'emploi

Nom et fonction de la personne avec qui l'on peut communiquer dans l'entreprise

Numéro de téléphone

C – Attestation d'aptitude au travail

IMPORTANT **Pour bénéficier d'une affectation ou d'un retrait préventif, la travailleuse doit être apte à faire un travail.**

La travailleuse est-elle apte médicalement à faire un travail ? ◯ Oui ◯ Non

D – Évaluation des conditions du travail de la travailleuse conformément aux protocoles élaborés par le directeur national de santé publique (cnesst.gouv.qc.ca/protocoles-pmsd)

Indiquez le numéro du protocole qui correspond aux conditions du travail de la travailleuse.

(Possibilité d'indiquer plus d'un numéro de protocole pour le même employeur) – Allez à la section F.

Numéro :

Numéro :

IMPORTANT **Si les protocoles disponibles ne correspondent pas aux conditions du travail de la travailleuse ou en l'absence de protocole, vous devez consulter le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou, à défaut, le directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement ou la personne que ce dernier désigne.**

Si une consultation est requise, indiquez-en la raison.

◯ Les protocoles disponibles ne correspondent pas aux conditions du travail de la travailleuse. ◯ Absence de protocole pour la profession de la travailleuse

E – Consultation du médecin responsable des services de santé de l'établissement ou, à défaut, du directeur de santé publique de la région dans laquelle se trouve l'établissement ou de la personne que ce dernier désigne, si requis

(Consultation obligatoire si les protocoles disponibles ne correspondent pas aux conditions du travail de la travailleuse ou en l'absence de protocole)

Nom du médecin responsable des services de santé de l'établissement, du directeur de santé publique ou de la personne que ce dernier désigne

En qualité de : ◯ médecin responsable des services de santé de l'établissement ◯ directeur de santé publique de la région ◯ personne désignée par le directeur de santé publique de la région

Nom de la Direction de santé publique

Numéro de téléphone

Date d'envoi du rapport médicoenvironnemental au professionnel qui effectue le suivi de grossesse ou le suivi postnatal A A A A M M J J

F – Rapport médical à remplir par le professionnel qui effectue le suivi de grossesse ou le suivi postnatal

Après consultation du protocole ou du rapport médicoenvironnemental, selon vous, quelles sont les **conditions du travail** comportant des **dangers physiques** pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse?

Après consultation du protocole ou du rapport médicoenvironnemental et **selon l'état de santé de la travailleuse**, selon vous, quelles sont les **suggestions** formulées à l'employeur (s'il y a lieu) pour faciliter l'affectation (conditions du travail et tâches à modifier)? L'absence de suggestions faites à l'employeur n'invalide pas le certificat.

Indiquez, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par ces conditions du travail.

G – Attestation

◯ J'atteste que les conditions du travail de la travailleuse comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou allaité ou pour la travailleuse à cause de son état de grossesse.

Date recommandée pour l'affectation ou le retrait préventif

◯ Immédiatement — Autre date A A A A M M J J

Nom du professionnel qui effectue le suivi de grossesse ou le suivi postnatal

Numéro de permis

Numéro de téléphone

Titre professionnel : ◯ Médecin ◯ Infirmière praticienne spécialisée ◯ Sage-femme

Signature du professionnel qui effectue le suivi de grossesse ou le suivi postnatal

Date A A A A M M J J

Date de remise du certificat à la travailleuse A A A A M M J J

LA TRAVAILLEUSE DOIT REMETTRE CE CERTIFICAT DÛMENT REMPLI À SON EMPLOYEUR.