

Groupe d'employés :	Demandé par :
Demande de prestation à la CSPAAT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro de la demande présentée à la CSPAAT :

À l'employé : Le présent formulaire vise à donner au conseil scolaire l'information nécessaire pour évaluer si vous êtes en mesure de vous acquitter des tâches essentielles de votre poste et pour connaître vos restrictions ou limitations afin d'évaluer la possibilité d'accommoder votre milieu de travail en conséquence, si nécessaire.

Consentement de l'employé : J'autorise le professionnel de la santé qui participe à mon traitement à remettre ce formulaire à mon employeur une fois rempli. Ce formulaire contient des renseignements sur les limitations ou restrictions d'ordre médical qui ont une incidence sur ma capacité de retourner au travail ou de m'acquitter des tâches qui m'ont été assignées.

Nom de l'employé : (En caractères d'imprimerie)	Signature de l'employé :
Numéro de l'employé :	Numéro de téléphone :
Adresse de l'employé :	Lieu de travail :

1. Professionnel de la santé : Les renseignements suivants doivent être donnés par le professionnel de la santé

Veillez cocher une des cases suivantes :

Le patient est en mesure de retourner au travail sans restriction.

Le patient est en mesure de retourner au travail avec restrictions. **Remplir les parties 2 (A et B) et 3**

J'ai examiné les parties 2 (A et B) et je juge que le patient souffre d'une invalidité totale et est incapable de reprendre le travail pour l'instant. **Remplissez les parties 3 et 4. Si l'absence se poursuit, une mise à jour des renseignements médicaux sera demandée après la date du rendez-vous de suivi indiquée à la partie 4.**

Premier jour d'absence :

Nature générale de la maladie (**veuillez ne pas inclure le diagnostic**) :

Date de l'évaluation :

jj mm aaaa

2A : Renseignements devant être donnés par le professionnel de la santé. Veuillez décrire les capacités et/ou les restrictions de votre patient en fonction de vos constatations médicales objectives.

CAPACITÉS PHYSIQUES (le cas échéant)

Marcher : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 100 mètres <input type="checkbox"/> 100 à 200 mètres <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	Se tenir debout : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 15 minutes <input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	Demeurer assis : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 30 minutes <input type="checkbox"/> 30 minutes à 1 heure <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	Lever un poids du sol à la taille : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :
Lever un poids de la taille aux épaules : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 kilogrammes <input type="checkbox"/> 5 à 10 kilogrammes <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	Monter un escalier : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Jusqu'à 5 marches <input type="checkbox"/> 6 à 12 marches <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	<input type="checkbox"/> Utiliser ses mains : Main gauche Main droite <input type="checkbox"/> Serrer <input type="checkbox"/> Serrer <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> Pincer <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :	

<input type="checkbox"/> Effectuer un mouvement de flexion et de torsion Mouvement répétitif <i>(veuillez préciser) :</i>	<input type="checkbox"/> Travailler au niveau des épaules ou au-dessus :	<input type="checkbox"/> Exposition à des produits chimiques :	Se rendre au travail : Capacité d'utiliser le transport en commun _____ Capacité de conduire une voiture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---	--	--

2B : CAPACITÉS COGNITIVES (veuillez remplir toutes les cases pertinentes)

Consacrer son attention et se concentrer : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Suivre des instructions : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Prendre des décisions et superviser : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Effectuer plusieurs tâches en même temps : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :
Organiser : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Mémoire : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Avoir des interactions sociales : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :	Communiquer : <input type="checkbox"/> Pleines capacités <input type="checkbox"/> Capacités limitées <input type="checkbox"/> Commentaires :

Veuillez décrire les outils utilisés pour évaluer les capacités mentionnées précédemment (*exemples : tests de levage, tests de préhension, description des angoisses, autodéclaration, etc.*)

Commentaires supplémentaires sur **les limitations (incapacités) ou les restrictions (ne devrait ou ne doit pas faire) pour toutes les conditions médicales :**

3 : À remplir par le professionnel de la santé.

À compter de la date de cette évaluation, les observations décrites ci-dessus s'appliqueront pendant environ : <input type="checkbox"/> 6 à 10 jours <input type="checkbox"/> 11 à 15 jours <input type="checkbox"/> 16 à 25 jours <input type="checkbox"/> 26 jours et plus	Avez-vous parlé du retour au travail avec votre patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recommandations au sujet du nombre d'heures de travail et de la date de retour (le cas échéant) : <input type="checkbox"/> Heures de travail normales à temps plein <input type="checkbox"/> Heures modifiées <input type="checkbox"/> Retour progressif	Date de début : jj mm aaaa
Le patient suit-il activement un plan de traitement? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lui a-t-on recommandé de consulter un autre professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui (facultatif – veuillez préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Non Si on lui a recommandé de consulter un autre professionnel de la santé, demeurez-vous le fournisseur de soins de santé principal du patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

4 : Date recommandée du prochain rendez-vous pour revoir les capacités et restrictions : **jj** **mm** **aaaa**

Nom du professionnel de la santé ayant rempli le formulaire : (en caractères d'imprimerie)	
Date :	
Numéro de téléphone :	
Numéro de télécopieur :	
Signature :	