



Mutuelles de Prévention ACQ

Formulaire – Assignment temporaire (F3)

Nom du travailleur : _____ Titre d'emploi : _____
Entreprise : _____ N.A.S. : _____
Médecin désigné de l'entreprise : _____

À L'USAGE DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Diagnostic(s) : _____
Traitement(s) : _____

ÉVALUATION DU MÉDECIN QUI A CHARGE

Après avoir évalué médicalement la personne nommée plus haut, je considère qu' :

- elle peut retourner à sa tâche régulière;
- elle peut reprendre sa fonction régulière mais dans un **travail léger** avec la ou les limitations fonctionnelles suivantes; ainsi, cette personne ne peut;
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> faire un travail qu'en position assise seulement | <input type="checkbox"/> travailler dans des échelles ou des endroits élevés |
| <input type="checkbox"/> soulever des poids de plus de _____ kg | <input type="checkbox"/> se courber fréquemment |
| <input type="checkbox"/> faire des torsions répétées | <input type="checkbox"/> porter, pousser, tirer |
| <input type="checkbox"/> faire aucun effort physique excessif | <input type="checkbox"/> effectuer des mouvements répétitifs |
| <input type="checkbox"/> marcher ou se tenir debout continuellement | <input type="checkbox"/> autres (précisez ci-dessous) |
| <input type="checkbox"/> manipuler des aliments | _____ |
| <input type="checkbox"/> demeurer en posture statique | _____ |

Ces restrictions sont permanentes ou temporaires, jusqu'à : _____

- elle peut retourner à sa fonction régulière; par contre, je consens à ce que cette personne soit **assignée temporairement** à un travail adapté tel que proposé ci-dessous et/ou à être confirmé ultérieurement*, le cas échéant, avec la ou les limitation (s) précisée(s) ci-dessus :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> travail de bureau | <input type="checkbox"/> entretien ménager léger | <input type="checkbox"/> petits travaux de manutention |
| <input type="checkbox"/> supervision, surveillance | <input type="checkbox"/> inventaire, magasinier | <input type="checkbox"/> travaux léger de journalier |
| <input type="checkbox"/> formation, informatique | <input type="checkbox"/> répondre au téléphone | <input type="checkbox"/> autres : _____ |

- elle doit être retirée du travail immédiatement, et ceci, selon les modalités de l'attestation médicale ci-jointe; et je consens à ce qu'on communique avec moi pour valider le motif et mon refus de l'assignation temporaire proposée.

Prochaine visite le : _____

En vertu de l'article 179 de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles*, l'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou un emploi convenable même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir de travail | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Le travail ne comporte pas de dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Le travail est favorable à sa réadaptation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Nom du médecin (en lettres d'imprimerie) : _____ Tél. : _____
_____ Téléc. : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____

* Une confirmation des tâches et fonctions de l'assignation temporaire respectant les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus suivra par télécopie, dans les plus brefs délais.